Zur Behandlung

der

acuten virulenten Bubonen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER - WILHELMS - UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

AUGUST CORNELIUS

aus Infeld in Oldenburg.

STRASSBURG

Universitäts-Buchdruckerei von Johann Heinrich Eduard Heitz

Schlauchgasse, 5.

1883.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Wieger.**

Acute virulente Bubonen, d. h. Lymphdrüsenentzündungen, welche in vielen Fällen als eine unangenehme Complication des weichen Schankers auftreten, können überall da zur Entwicklung kommen, wo sich überhaupt Lymphdrüsen vorfinden. Denn das Schankervirus haftet an allen Stellen des Körpers, speciell an allen Schleimhäuten, und wo immer eine Infection mit dem Gift statt gefunden hat, stets können nahe gelegene Lymphdrüsen auf dem Wege der Lymphbahn mit in den Krankheitsprocess hineingezogen werden. In Wirklichkeit sind nun aber ausser den Leistenbubonen die Bubonen an allen übrigen Stellen des Körpers wegen des bevorzugten Sitzes des weichen Schankers an den Geschlechtstheilen so ausnehmend selten, dass bei einer Besprechung der virulenten (d. h. durch das Virus des weichen Schankers erzeugten) Bubonen diese vollständig unberücksichtigt bleiben können, zumal da sie auch keine wesentlichen Verschiedenheiten von den Leistenbubonen zeigen.

Die Behandlung der Leistenbubonen, mit der wir uns im Folgenden vorzugsweise beschäftigen werden, ist von jeher eine ausserordentlich verschiedene gewesen, ja man kann sagen, dass es kaum ein Mittel gibt, welches

nicht auch gegen obige Bubonen angewandt worden ist. — Schon daraus, dass so viele und so verschiedene Behandlungsmethoden angewandt wurden, die oft sich geradezu widersprechen, indem nach der einen Methode eine Behandlung empfohlen wird, die das gerade Gegentheil darstellt von einer anderen, erhellt a priori, dass wenigstens die meisten Methoden nicht den Erfolg zu garantiren im Stande waren, den man von einer rationnellen Therapie erwarten darf und der im Interesse der Patienten und der Wissenschaft wünschenswerth erscheint. Die grosse Anzahl und die Verschiedenheit der Behandlungsweisen verdanken zum Theil ihre Entstehung dem Umstande, dass man den Krankheitsprocess der Bubonen verkehrt auffasste und erklärte. — So war man besonders bis zu den sechziger Jahren bekanntlich fast allgemein der Ansicht, dass das Virus des weichen Schankers identisch wäre mit dem des harten, dass mit anderen Worten alle Bubonen, welche nach einem Schanker zur Entwicklung kämen, syphilitischer Natur wären. Aus dieser irrigen Ansicht folgte dann die praktische Consequenz, beide so verschiedene Arten von Bubonen mit einer energischen Quecksilberbehandlung zu bekämpfen, und es mag nicht selten vorgekommen sein, dass dadurch die Constitution unnöthig geschwächt und die ganze körperliche Gesundheit dauernd beeinflusst wurde.

Betreffs der Würdigung früherer Behandlungsmethoden liegt eine Schwierigkeit darin, dass nicht immer ausdrücklich gesagt ist, ob die Behandlungsweise auch auf virulente Bubonen Anwendung findet, dass häufig von der Behandlung der Bubonen im Allgemeinen die Rede ist, so dass man die gewonnenen Resultate nicht direkt für die virulenten Bubonen verwerthen kann. In diesen Fällen muss dann die Thatsache zur Orientirung

dienen, dass syphilitische Bubonen meistens indolent verlaufen, und dass von den in Eiterung übergehenden Bubonen die virulenten Bubonen die häufigsten sind.

Bevor wir jedoch auf die Behandlung selbst näher eingehen, wird es zweckmässig sein, einige allgemeine Bemerkungen über Genese, Verlauf, Diagnose etc. der Bubonen vorauszuschicken.

Allgemeines über Bubonen.

Zunächst muss hervorgehoben werden, dass fast nur diejenigen Lymphdrüsen afficirt werden, welche zwischen dem oberflächlichen Blatt der fascia lata und der Haut gelegen sind, ja H. Auspitz behauptet sogar, im Gegensatz zu anderen Autoren, ausser der bekannten Rosenmüller'schen Drüse, welche sich zwischen der Vena cruralis und dem äusseren concaven Rande des Ligamentum Gimbernati befindet, nie eine andere tief liegende Lymphdrüse vorgefunden zu haben. Die Entzündung der oberflächlichen Lymphdrüsen kann sehr verschiedener Natur sein, sie kann primär und secundär auftreten, acut und chronisch verlaufen. Von jeher hat man deshalb mehrere Arten von Adenitis aufgestellt, aber das Eintheilungsprincip war bei den verschiedenen Autoren ein verschiedenes. Am einfachsten und dabei doch den thatsächlichen Verhältnissen streng Rechnung tragend, erscheint die Eintheilung, wie sie H. Auspitz[1] gegeben. Danach gibt es folgende Bubonen :

I. Idiopatische Bubonen.

Dieselben entstehen durch eine direkte Einwirkung auf die Leistengegend. Jede Schädlichkeit, jedes Trauma,

[1] H. Auspitz. Die Bubonen der Leistengegend. Zwei Vorlesungen. Archiv für Dermatologie u. Syph. Jahrg. 5, 1873, p. 443 ff.

welche diese Stelle treffen, können in seltenen Fällen eine Lymphdrüsenentzündung zur Folge haben, jedoch handelt es sich hier meistens um einfaches Oedem und Periadenitis, auch ist es selten, dass aus dieser Ursache eine stärkere Eiterung sich einstellt. In den meisten Fällen tritt baldige Resorption und Restitutio ad integrum ein.

II. Heteropathische Bubonen.

III. Syphilitische Infectionsbubonen, welche der Ausdruck der erfolgten allgemeinen syphilitischen Infection sind.

Die heteropathischen Bubonen entstehen secundär in Folge irgend welcher Localerkrankungen an benachbarten Stellen der Leistengegend. Da die Leisten- und Schenkeldrüsen von den unteren Extremitäten, der unteren Bauchgegend und den äusseren Geschlechtstheilen ihre Lymphgefässe beziehen, so sind es diese Theile, welche hier in Betracht kommen. Die heteropathischen Bubonen kann man nun wieder in drei verschiedene Unterarten eintheilen.

Erstens gibt es einen einfachen heteropatischen Bubo, der seine Entstehung den allerverschiedensten Erkrankungen der unteren Extremität, der Genitalapparate und der unteren Bauchgegend verdankt. Oft genügen geringfügige Verletzungen am Fuss, kleine Excoriationen, um eine Drüsenhypertrophie zu veranlassen. In anderen Fällen sind es intensivere Erkrankungen, wie Eczem und weitere Hautkrankheiten, ausserdem Tripper, oder auch Neubildungen, Gangrän u. a. Diese Lymphdrüsenerkrankung macht meistens keine besonderen Symptome, auch kommt es selten zur Eiterung. Was den Umstand anbetrifft, welche Drüsen im gegebenen Falle ergriffen werden, so existirt hier eine gewisse Gesetzmässigkeit. So hat

eine Affection des Präputium und der Glans penis meistens eine Erkrankung der inneren von Auspitz mit B bezeichnetsn, und erst später der äusseren (A) und der unteren (C) Inguinaldrüsen zur Folge, während die Schenkeldrüsen (D) sehr selten erkranken. Weiter hat eine Affection des Unterschenkels und des unteren Theils des Oberschenkels eine Erkrankung der Gruppe D und erst später der Inguinaldrüsen zur Folge. Ein ähnliches Wechselverhältniss waltet ob zwischen der Erkrankung am Gesäss und der Gruppe A, zwischen der Erkrankung der unteren Bauchwand und der Gruppe A und B, der Dammgegend sowie des hinteren Theils des Hodensacks und der Gruppe B, während eine Affection des vorderen Theils des Scrotum gefolgt ist von einer Erkrankung der Gruppe B und C. Die Gruppe C (unterere Inguinaldrüsen) liegt in der fossa ovalis der fascia lata.

Zweitens, und das ist eine sehr häufige Erscheinung, entsteht der heteropathische Bubo nach einem harten Schanker, welcher das Primärstadium der syphilitischen Infection darstellt, nach den meisten Autoren aber noch kein Ausdruck der allgemeinen Syphilis ist. Diese sogenannten indolenten Bubonen entstehen c. eine Woche nach der Initialsclerose, verlaufen schmerz- und fieberlos und haben ferner das karakteristische, dass sie nicht eine Drüse, sondern alle Leisten- und Schenkeldrüsen, nach Auspitz vorwiegend die mittleren betreffen. Die harten, vergrösserten Drüsen tendiren selten zur Eiterung.

Drittens entsteht der heteropathische Bubo nach einem weichen Schanker und zwar meistens in den ersten Wochen oder auch später, ja sogar wenn der Schanker bereits lange vernarbt ist, und ist bedingt durch die Resorption des Schankervirus durch die Lymph-

gefässe. Ob derselbe bei tuberculösen und scrophulösen Personen, oder bei solchen, die an sonstigen constitutionnellen Krankheiten leiden, häufiger zur Entwicklung kommt als bei Gesunden, wie von einigen Autoren behauptet wird, das steht noch dahin. Ein begünstigendes Moment für die Entstehung der Bubonen scheint die intensive Aetzung des primären Geschwürs darzustellen. Der Bubo kommt bei Männern viel häufiger vor als bei Weibern, nach Vidal de Cassis kommen bei Männern einmal so viel Bubonen vor als bei Weibern. Das stimmt ungefähr mit der Angabe von Petters[1] überein, welcher mittheilte, dass es bei 207 männlichen Schankern, welche er behandelte, 135 mal zur Entwicklung von Schankerbubonen kam, während von 225 weiblichen Schankern nur 65 von Bubonen gefolgt waren. Nach Anderen ist der Bubo bei Weibern noch viel seltener. Auch der Sitz des Schankers ist nicht gleichgültig für die Entstehung der Bubonen. Bekanntlich kommen Schankergeschwüre bei Männern am häufigsten am präputium penis vor, welche Thatsache man dadurch erklärt hat, dass die Vorhaut und das Bändchen während des Coitus der grössten Zerrung und Reibung ausgesetzt sind, so dass das Schankergift wegen der dadurch gesetzten Verletzungen leichter seine Wirkung entfalten kann. Dem entsprechend sind denn auch Bubonen am häufigsten nach Schankern am Präputium beobachtet worden. So erzählte Petters[2], dass bei den 135 Bubonen, die sich nach einem weichen Schanker entwickelten, derselbe 63 mal am Präputium, 29 mal am Frenulum, 8 mal am Frenulum und Präputium zugleich, 6 mal an der Eichel,

[1] Petters. Ein Beitrag zur Lehre vom eiternden Bubo. Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilkunde. Jahrg. 22, 1865, B. 2, p. 1 ff.

[2] Petters, l. c, p. 3.

8 mal an der Eichel und am Präputium zugleich seinen Sitz gehabt hätte. Bei Frauen entwickelt sich der Bubo am häufigsten nach einem Schanker an den Nymphen und an der hinteren Commissur. Allein diese Verhältnisse erklären sich daraus, dass diejenigen Gegenden, welche, wenn sie der Sitz eines Schankers werden, die Entstehung der Bubonen begünstigen, sehr reich an Lymphgefässen sind. Aehnliche Verhältnisse kommen in Betracht, wenn sich doppelseitige Schankerbubonen entwickeln. Nach Auspitz[1] entstehen dieselben in 14 % aller Fälle und zwar am häufigsten, wenn der Schanker im Sulcus coronarius seinen Sitz hat.

Im Sulcus coronarius, welcher ein sehr reiches Lymphgefässnetz erkennen lässt, entspringen die grossen Lymphgefässe des Penis. Bei Frauen entstehen doppelseitige Bubonen am häufigsten beim Sitz des Schankers an der hinteren Commissur. Gewöhnlich entspricht die Seite, auf der der Bubo sich entwickelt, der Seite des Schankersitzes, jedoch kommt in Folge der vielfachen Anastomosen, welche die Lymphgefässe unter einander eingehen, auch das umgekehrte Verhältniss vor.

Keineswegs werden alle Lymphdrüsen gleich leicht ergriffen. Welche Drüse ergriffen wird, das richtet sich meistens nach dem Verlauf der Lymphgefässe. Es wird immer zuerst und oft ausschliesslich die nächste Lymphdrüse ergriffen. Das mittlere Dorsallymphgefäss des Penis, welches von der Eichel in der mittleren Rinne des Rückens des Gliedes verläuft und den stärksten aller Lymphstränge des Gliedes darstellt, sendet seine zahlreichsten Zweige in die inneren Lymphdrüsen, welche Auspitz mit B bezeichnet. Nach Auspitz[2] erkrankt

[1] Auspitz, l. c., p. 477.
[2] Auspitz, l. c., p. 480.

die Gruppe B am häufigsten allein, es kann aber auch die Entzündung auf andere Lymphdrüsen übergehen, und da ist folgende Häufigkeitsscala aufzustellen:

Erkrankung von B und C zugleich,
» » B und A »
» » B und C und A zugleich,
» » B, C, A und D zugleich.

Die letzteren Fälle sind selten.

Trotzdem die Lymphgefässe von dem Schankervirus passirt werden, welches die Lymphdrüsen afficirt, ist es die Regel, dass die Lymphgefässe selbst frei ausgehen. Es kommt jedoch, wenn auch selten vor, dass sich eine virulente Lyphangoitis der dorsalen oder seitlichen Lymphgefässe des Gliedes resp. der Lymphgefässe der grossen Schamlippen entwickelt und auch kleine Abscesse = Bubonuli, welche aber keine Lymphdrüsen darstellen, entstehen.

Eine Frage, welche sehr viel discutirt worden ist, betrifft das Vorkommen eines sogenannten bubon d'emblée. Diejenigen, welche ihn annehmen, behaupten nämlich, dass das Schankergift in den Organismus eindringen könne, ohne an seiner Eintrittsstelle irgend welche Veränderungen hinterlassen zu haben, mit anderen Worten, dass ein Bubo auch ohne vorhergegangenen Schanker sich bilden könne. Die Lösung dieser Frage ist mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Denn entweder kann das Geschwür sehr versteckt sitzen oder bereits ohne Hinterlassung einer grösseren Narbe geheilt sein. In beiden Fällen entgeht das Geschwür resp. die Narbe sehr leicht der Beobachtung.

Ricord hat der Lehre vom bubon d'emblée energisch widersprochen, indem er behauptete, dass derselbe seine Entstehung einem Irrthum, einer Unaufmerksamkeit ver-

danke. Jedenfalls sind viele Bubonen, welche für bubons d'emblée angesehen wurden, so zu erklären. Ob aber niemals ein bubon d'emblée sich bilden könne, das ist noch nicht endgültig entschieden. Die Lehre vom bubon d'emblée zählt auch heute noch zahlreiche Anhänger, wenn auch wohl die meisten Syphilidologen ihn leugnen.

Der Verlauf der virulenten Drüsenentzündung ist nun folgender.

Der Process beginnt mit einem ziehenden Gefühl in der Leistengegend, auch kann von Anfang an ein eigentlicher Schmerz bestehen. Jedenfalls tritt er sehr bald auf und steigert sich mehr und mehr. Die Drüse wird druckempfindlich, sie vergrössert sich, wird hart, später elastisch anzufühlen. Die Schmerzen fangen an nach allen Seiten auszustrahlen und die Bewegung des betreffenden Gliedes zu hindern. Die Drüsenkapsel wird durch die Vergrösserung der Drüse und durch die Eiterbildung in ihrem Centrum immer mehr gespannt, wird fixirt und verwächst mit der Umgebung. Damit ist dann der Uebergang der Adenitis zur Periadenitis gegeben. Die Haut röthet sich, schwillt an, lässt die Contouren der Drüse nicht mehr deutlich erkennen, und es entsteht Oedem und Eiterbildung in dem periglandulären Zellgewebe. Auch tritt oft Fieber, Pulsbeschleunigung und gestörtes Allgemeinbefinden auf. Die Kapsel der Drüse verdünnt sich immer mehr, sie berstet schliesslich, und nun ergiesst sich der eitrige Inhalt der Drüse in das Zellgewebe und fliesst zusammen mit dem dort gebildeten Eiter. Die Fluctuation, die vorher nur angedeutet war, ist jetzt deutlich ausgesprochen. Die Haut wird verdünnt und schliesslich perforirt, und die Wunde wird in einen Hautschanker umgewandelt, der dieselben Eigenschaften besitzt, wie der primäre Schanker, sehr wenig zur Heilung

neigt, hingegen oft Veranlassung gibt zur Hautgangrän und Gewebszerstörung.

Die Prognose der Bubonen, die immer eine sehr unerwünschte Complication des Schankers darstellen, ist deshalb keineswegs eine ganz günstige. Abgesehen davon, dass eine spontane Resorption, wenn sie überhaupt vorkommt, jedenfalls sehr selten ist, wird selbst bei dem einfachsten und günstigsten Verlauf dadurch die Krankheitsdauer bedeutend verlängert. Bei längerer Dauer, wenn sich profuse Eiterung einstellt, sich Hohlgänge und Fisteln bilden, es zur Gangrän und Nekrose der Hautdecken kommt, kann die ganze Ernährung herabgesetzt werden. Ja, es sind Fälle bekannt, wo durch Arrodirung der nahe gelegenen Schenkelgefässe eine tödtliche Blutung entstand oder durch Fortleitung des Processes durch den Schenkelkanal in die Bauchhöhle der Tod durch Peritonitis erfolgte.

Wenn nun auch der letztere ungünstige Ausgang sehr selten ist, so bleiben doch in den meisten Fällen dauernde Narben zurück, welche entstellend und compromittirend wirken und selbst die Functionsfähigkeit des Gliedes für immer beeinträchtigen können. Wie wir unten sehen werden, können viele von den beschriebenen Nachtheilen, besonders die entstellenden breiten Narben, durch viele der früheren und zum Theil noch jetzt geübten Behandlungsmethoden nicht vermieden werden, und es ist deshalb von Wichtigkeit eine Therapie zu besitzen, die diese ungünstigen Zufälle vermeiden lässt.

Doch vorher noch ein Wort über die Virulenz des Eiters.

Es erscheint a priori als das einfachste und naturgemässeste, dass ein Bubo, welcher durch die Resorption eines Eiters entsteht, welcher eine so hochgradige Viru-

lenz zeigt, wie es beim Schankereiter der Fall ist, ebenfalls diese Virulenz seines Eiters darbietet. Trotzdem hat die Ansicht von jeher Glauben gefunden, dass nach einem virulenten Schanker erstens ein virulenter Bubo, zweitens aber auch ein nicht virulenter, ein sympathischer Bubo entstehen könne. Und diese Ansicht schien darin eine Stütze zu finden, dass die Impfung, welche mit dem Buboneneiter angestellt wurde, bisweilen ein negatives Resultat ergab. Viele glaubten auch, z. B. Henrotay[1], dass ein Bubo, welcher sehr schnell nach einem Schanker entstehe, eine einfache Inguinaldrüsenentzündung sei, dass er jedoch virulenter Natur sei, wenn er später auftrete.

Diese Ansicht ist entschieden zu verwerfen, wie Impfversuche gelehrt haben. Dieselben zeigen, wie bereits Ricord 1863 nachgewiesen hat, dass der virulente Eiter aus der Drüse selbst stammt, dass dagegen der Eiter, welcher im periglandulären Bindegewebe gebildet wird, keinen specifischen Charakter besitzt. Wenn man deshalb punctirt, noch bevor die Drüsenkapsel perforirt ist, und diese nicht verletzt, so erhält man gewöhnlichen Bindegewebseiter, wenn man aber tiefer einsticht und damit Drüseneiter selbst erhält, so ist derselbe stets virulent. Auch der Bindegewebseiter kann virulent sein, aber nur dann, wenn nach Perforation der Drüsenkapsel der Drüseneiter sich mit dem Bindegewebseiter vermischt hat. Die Frage, ob nach einem virulenten Schanker ein nicht virulenter Bubo entstehen könne, muss deshalb in dieser Form verneint werden, jedoch haben schon die Impfversuche, die Malichec[2] angestellt hat, bewiesen, dass

[1] Schmidt's Jahrb. 1842, B. 34, p. 187.

[2] Malichec. Versuche mit der Inoculation des syphilit. Giftes. Schmidt's Jahrb. 1850, B. 66, p. 53.

in dem letzten Stadium des Bubo, in der Reparationsperiode desselben, kurz vor der Heilung, der Eiter seine Virulenz verliert und kein überimpfbares Secret mehr enthält. Dasselbe Verhältniss wie beim weichen Schanker selbst.

Ausserdem lehren die Beobachtungen, die Herr Dr. Wolff in Strassburg gemacht hat, dass in seltenen Fällen auch dann noch ein Bubo entstehen kann, wenn der weiche Schanker seine Virulenz bereits verloren hat. In diesem Fall ist dann selbstverständlich auch der Bubo nicht virulent, sondern muss als gewöhnlicher sympathischer Bubo aufgefasst werden. In diesem Sinne gibt es also ebenfalls einen nicht virulenten Bubo nach einem weichen Schanker.

Was endlich noch die Diagnose der virulenten Bubonen anlangt, so macht dieselbe in den meisten Fällen nicht die geringste Schwierigkeit. Die schnelle Entstehung der Bubonen, der Nachweis von weichen Geschwüren, das Ausschliessen von anderen Lokalkrankheiten, sowie traumatischen Einflüssen, sichern dieselbe hinreichend. Eine Verwechslung mit syphilitischen Bubonen ist meist nicht möglich. Während beim weichen Schanker in den meisten Fällen nur eine Lymphdrüse ergriffen wird, werden bei der Syphilis sämmtliche Lymphdrüsen ohne Unterschied nach und nach ergriffen in Gruppen und Reihen, verwachsen nicht mit der Haut und sind meist schmerzlos. Nur in den seltenen Fällen, wo die Entzündung in Eiterung übergeht, und wo vielleicht auch nicht die karakteristische Härte der Sclerose besteht, ist eine Verwechslung möglich. Am leichtesten entscheidet hier die Impfung mit dem Schankersecret, die, wenn es sich um einen harten Schanker handelt, stets einen negativen Erfolg gibt. Denkbar wäre auch im

Anfang eine Verwechslung mit einer Hernie, doch wird die Berücksichtigung aller bestehenden Umstände diesen Irrthum leicht vermeiden lassen.

Von der Prophylaxe der Bubonen ist nicht viel zu segen. Es steht meistens nicht in unserer Macht, die Entstehung eines Bubo zu verhindern. Doch mag eine rationelle Behandlung des weichen Schankers, die besonders intensivere Aetzungen vermeidet und der Reinlichkeit gebührend Rechnung trägt, nicht ohne Einfluss sein.

Die Behandlung der acuten virulenten Bubonen.

Bie Behandlungsmethoden, welche gegen die Bubonen angewendet worden sind, kann man in allgemeine und lokale eintheilen. Abgesehen von den mercuriellen Einreibungen des Körpers, wie sie bis in die neueste Zeit hinein mit Unrecht von vielen Autoren angewandt worden sind, wurde früher vielfach, so von Broussais[1], Jourdan, Desruelles, die allgemeine Antiphlogose benutzt, während andere, wie Hunter[2], den salinischen Abführmitteln und Brechmitteln eine direkte Einwirkung auf den Process der Bubonen zuschrieben. Diese Methoden müssen nach unserm jetzigen Standpunkte als vollständig obsolet betrachtet werden, können wenigstens niemals allein angewendet die Heilung bewerkstelligen. Man hat sich denn auch bald davon überzeugt, und ist fast allgemein zur Localbehandlung übergegangen. Es kamen erweichende Cataplasmen und sonstige Umschläge in Gebrauch, und Hunter und Delpech[3] rühmten sehr

[1] E. Gavoy. Etudes cliniques sur le traitement des bubons vénériens. 1882, p. 25.

[2] Gavoy, l. c., p. 26

[3] Gavoy, l. c., p 26.

die locale Anwendung der Quecksilbersalbe, welche sie mit anderen Methoden combinirten.

Maingault[1] war der Ansicht, dass wenn noch keine deutliche Fluctuation vorhanden wäre, zur Zertheilung des Tumors die Brechweinsteinsalbe mit Erfolg angewendet werden könnte.

Lippert[2] hat Bleiwassercompressen angewendet, welche mit gelbem Wachstaffet der gleichmässigen Erwärmung wegen bedeckt wurden und rühmte als besonderen Vorzug dieser Methode, dass der Entzündungsprocess auf seinen Herd beschränkt bliebe, ohne, wie der warme Verband dies thäte, das umliegende Zellgewebe in weitem Umfange in Mitleidenschaft zu ziehen.

Robin[3] hat nach dem Vorgange von Lutens täglich zweimal Höllensteinsalbe eingerieben und berichtet, dass von 20 Bubonen 12 in 8—10 Tagen, 4 etwas später vollständig zurückgegangen wären, während 4 mit einem Lanzettenstich punctirt wurden.

Die meisten Chirurgen waren aber zur richtigen Erkenntniss gekommen, dass die vollständige Resorption des Eiters schwer zu erreichen wäre — es sei denn durch die Compression — und versuchten deshalb, nachdem sie vorher meistens auf verschiedene Weise die Resorption erstrebt, auf irgend einem Wege den Eiter aus dem Abscess nach aussen zu entfernen. Die Methoden, die nun angewendet wurden, sind sehr zahlreich. Zunächst die

[1] Schmidt's Jahrb. 1835, B. 6, p. 122.

[2] Lippert. Bleiwassercompressen mit Wachstaffet, ein Ersatzmittel des warmen Verbandes. Deutsche Klinik 44, 1850.

[3] Robin. Höllensteinsalbe bei Bubonen. Schmidt's Jahrb. 1850, B. 67, p. 177.

Spontane Eröffnung.

Diese expectative Methode, die spontane Eröffnung abzuwarten, hat merkwürdigerweise auch ihre Vertreter gefunden. Besonders war es Swédiaur, der den Abscess zur vollständigen Reife kommen zu lassen rieth, bis die Natur die Eröffnung bewerkstelligte. Auch Hunter ging zwar nicht zo weit, glaubte aber mit der Eröffnung doch so lange warten zu müssen, bis die Haut sehr verdünnt wäre. Es leuchtet ein, wie verkehrt die eine wie die andere Methode ist. Man ist den unberechenbarsten Nachtheilen ausgesetzt, da die Abscesshöhle eine ungeheure Ausdehnung erreichen kann, Hohlgänge und Fisteln ganz gewöhnlich sich einstellen und nach der Perforation resp. der Eröffnung des Abscesses die Haut in beträchtlichem Umfange zerstört wird, wegen der geringen Vitalität, die die stark verdünnte Haut noch besitzt und wegen der deletären Wirkung der Schankervirus, die unter diesen ungünstigen Verhältnissen recht intensiv zur Geltung kommt. Die Eiterung wird profus, die Heilung lässt sehr lange auf sich warten und, was das unangenehmste ist, es bleiben stets grosse breite Narben zurück.

Incisionen.

Die Eröffnung der virulenten Bubonen durch eine Incision mit dem Messer hat sich von jeher einer grossen Verbreitung erfreut. Die einen öffneten sehr frühzeitig, während andere es vorzogen erst dann zu öffnen, wenn die Fluctuation deutlich ausgesprochen war. So berichtet Sigmund[1], dass, wenn die Bubonen trotz Eis, über-

[1] Sigmund. Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allg. Krankenhause zu Wien. Deutsche Klinik 1851, p. 278.

haupt trotz des antiphlogistischen Verfahrens zur Eiterung gekommen wären, er stets frühzeitig mit dem Messer incidirt habe und nur selten von Aetzmitteln, wie von der Wiener Paste Gebrauch gemacht habe. Noch frühzeitiger als Sigmund incidirte Boulongne[1]. Er griff schon zum Messer, wenn es überhaupt noch gar nicht zur Eiterbildung gekommen war. Nach der Incision legte er zur Compression ein Bruchband an. Aber nicht in allen Fällen begnügte er sich mit dieser einfachen Behandlung, er zog es vielmehr vor, wenn eine beträchtliche Hypertrophie der Drüsen bestand mit gleichzeitiger beginnender Entzündung in der Chloroformnarkose, die Enucleation der Drüse vorzunehmen und behauptete, dass die Wunde meistens nach 45 Tagen geheilt wäre.

Otto[2] eröffnete die Bubonen, welche er in der ersten Periode mit Kataplasmen, stimulirenden Salben und Pflastern behandelte, durch einen länglichen Schnitt mit der Lancette, wenn die Fluctuation sich vollständig entwickelt hatte. Darauf legte er einen Schwamm zwischen die klaffenden Ränder, und wenn dieselben zerstört wurden, so schnitt er sie mit der Scheere ab und legte reizende Salben auf.

Simon[3] suchte zuerst die Resorption zu erweichen mit Blutegeln, Bleiwasser, Quecksilbereinreibungen, Einreibungen von Jodsalben, Bepinselung mit Jodtinctur, Compression durch einen aufgelegten Stein u. a. Trat

[1] Boulongne. Du traitement des adénites inguinales consécutives aux maladies vénériennes. Recueil de mém. de méd. etc. milit. 3. Sér. 19, p. 306, 1867.

[2] Otto. Ueber die Krankheiten in Kopenhagen und ihre Behandlungsart. Schmidt's Jahrb. 1839, B. 24, p. 196.

[3] Simon. Bericht über die Abtheilung für Syphilitische im Jahre 1849. Annal. der Berliner Charité 1850. Jahrg. 1, p. 328.

Eiterung ein, wandte er Breiumschläge an, und bei eingetretener Fluctuation machte er eine mässig grosse Incision und benutzte zum Verbande der eiternden Flächen die verschiedensten Sachen, wie Camillenthee, Chlorkalk, Kampherwein, rothen Präcipität, Auflösung von Arg. nitr., Zinc. acet., oder er touchirte mit arg. nitr. Die callösen Ränder nahm er mit der Scheere fort oder zerstörte sie mit dem Causticum. Oft wandte er einen Druckverband mit Heftpflasterstreifen an. Bildeten sich Fistelgänge, so wurden dieselben gespalten. Ausserdem suchte er die Behandlung durch Tonica, Jodeisen, Quecksilber zu unterstützen.

Auch Krause[1] eröffnete mit dem Messer, war jedoch die Haut stark verdünnt, so zog er die Wiener Aetzpaste vor. War darauf die Wundfläche rein, so applicirte er kalte Umschläge, war sie geschwürig, so wandte er die rothe Präcipitatsalbe und die Zinksalbe an, zerfiel sie gangränös, so wurden Kampherschleim und Eisumschläge benutzt. Oberflächliche Gänge wurden mit dem Messer eröffnet, während in tiefere eine conc. Arg. nitr. Lösung eingespritzt wurde. Dabei wurde einen Tag um den andern ein lauwarmes Bad verordnet.

Petters[2] gesteht, dass die Behandlung des Bubo zu den unangenehmsten und schwierigsten Aufgaben des Arztes gehöre, er tadelte die eingreifenden Behandlungsmethoden und rieth eher wenig als zu viel zu thun. Er lobte die ätherische Jodtinctur, welche 1—2 mal täglich anzuwenden wäre, jedoch pflichtete Petters nicht der Ansicht von Prof. Küss in Strassburg bei, welcher von

[1] Krause. Bericht über die 1859 auf Prof. Hebra's Klinik etc. beobachteten Fälle. Wiener Zeitschrift 1851. Jahrg. 7, B. 1, p. 485.

[2] Petters. Ein Beitrag z. Lehre vom eiternd. Bubo. Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde. Jahrg. 22, 1865, B. 2, p. 23.

obiger Jodtinctur behauptete, dass dieselbe im Stande wäre der Entwicklung eines Bubo vorzubeugen, die Suppuration entzündlicher Bubonen zu verhüten, die Resorption des schon gebildeten Eiters zu bewerkstelligen und eine rasche Vernarbung und Heilung ulcerirender Bubonen zu beschleunigen.

Petters eröffnete, wenn die Eiterung nicht mehr zu vermeiden war, den Bubo ebenfalls mit dem Bistouri durch einen kleinen, nicht durch einen langen Schnitt, wie es Ricord gerathen. Nur bei dünner, in weiterem Umfange unterminirter Haut zog Petters einen langen Schnitt vor, da in diesem Fall doch nicht ein Anheilen der Haut an ihre Unterlage zu erwarten stände. Nach der Incision suchte er durch fleissiges Reinigen der Operationsöffnung und Ausspritzen der Abscesshöhle mit Aqu. Goulardi, Chlorkalklösung oder einer schwachen Arg. nitr. Lösung, wenn nöthig durch Abtragen der Hautränder mit der Scheere, die Heilung zu erreichen.

Diejenigen Autoren also, welche mit dem Messer incidirten, haben fast immer damit andere Methoden combinirt, vor der Incision, um womöglich die Resorption zu erreichen, nach der Incision, um den Heilungsverlauf zu beschleunigen. Von allen diesen Methoden, die so zahlreich, wie differenter Natur sind, ist aber nicht eine einzige im Stande, eine rasche Heilung ohne Complication zu garantiren. Es ist eben ein grosser Unterschied, ob man einen einfachen Lymphdrüsenabscess durch Incision und zweckmässige chirurgische Behandlung der Heilung zuführt, oder ob man, wie beim Schankerbubo vor allen Dingen die Virulenz des Eiters zu bekämpfen hat. Freilich heilen auch nach dieser Methode schliesslich die meisten Bubonen, da man weiss, dass der Eiter am Ende seine Virulenz verliert, aber das ge-

schieht erst nach einer unverhältnissmässig langen Zeit und nach einer langdauernden Eiterung. Für rationell kann dieselbe desshalb auf keine Weise betrachtet werden. Stets müssen mehr oder weniger die Hautränder vereitern, oft bilden sich Fisteln und Hohlgänge, und schliesslich bleibt immmer eine beträchtliche Narbe zurück.

Man hat nun versucht, die so lästigen Narben dadurch zu vermeiden, dass man den Bubo punctirte, wodurch eine kleinere Verletzung gesetzt wurde.

Punctionen.

Die Punction der Bubonen ist eine alte Methode und ist von vielen Autoren als Abortivbehandlung der Bubonen empfohlen worden. Die Ausführung war bei den einzelnen eine sehr verschiedene und wurde vielfach mit Injectionen verbunden. So machten Bertrand[1], Boinet, Marmy, Perrin eine einzige kleine Punction mit einer spitzen Sonde und injicirten darauf Jodtinctur. Aehnlich verfuhr Jules Roux[2]. Auch er punctirte mit einer gespitzten Sonde, drückte den Eiter aus und injicirte in den Eiterherd Jodtinctur, welche er dann aber nach 1—2 Minuten wieder austreten liess. Er behauptet in den meisten Fällen die Wiederverwachsung der Wände in 14 Tagen erreicht zu haben, gesteht aber, dass damit ein heftiger Schmerz verbunden sei und dass in manchen Fällen Ulcerationen nicht zu vermeiden seien, und dass sehr virulente Bubonen zur vollständigen Heilung nur durch nachträgliche Cauterisation gebracht werden könnten, wodurch dann die Behandlungszeit verlängert wurde.

[1] Gavoy, l. c. p. 28.

[2] Jules Roux. Du bubon vénérien suppuré et de son traitement local par les injections iodées. Archiv gén. Sept. 1846 et Mars 1847.

Abeille[1] rühmte die Jodtinctur ausserordentlich. Er behauptete nämlich, bei eiternden Bubonen brächte nach der Punction des Eiters die injicirte Jodflüssigkeit eine so rasche Heilung und so gute Narbenbildung zu Wege, dass zu erwarten stände, dass die Jodinjectionen hier bald alle anderen Behandlungsweisen verdrängen würden. Die Heilungsdauer der von Abeille mitgetheilten Fälle betrug 14—39 Tage.

Sehr frühzeitig punctirte Broca[2]. Sobald die Drüse haselnussgross war, fasste er sie zwischen zwei Finger und stiess ein Bistouri bis in ihr Centrum, vertauschte dann dasselbe mit einer Hohlsonde und liess den Inhalt durch kräftigen Druck austreten, den er so lange ausübte, bis Blut erschien. Dieses Manöver wiederholte er mehrere Tage hinter einander, bis die Eiterung versiegt war. Auch injicirte er gleichzeitig Jodtinctur und theilt mit, bei 9 so behandelten Bubonen die Vereiterung des Zellgewebes und der Haut dadurch vermieden zu haben. Die Heilungszeit betrug in 5 Fällen 4—6 Tage, in 3 Fällen 12, 13, 37 Tage, in einem Fall $1^1/_2$ Monat.

Eiber[3] stiess, sobald auch nur die geringste Erweichung in einer Leistendrüse nachgewiesen werden konnte, die Spitze eines Bistouris bis in den Grund des Herdes, entleerte durch Druck allen Eiter und injicirte dann Jodtinctur, was er täglich wiederholte. Die Heilung trat in 1—2 Wochen ein.

Hierzu muss ich bemerken, dass andere Autoren, wie wir unten sehen werden, mit der Injection von Jod-

[1] Abeille. Revue médicale 1849, p. 106.

[2] Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, par Jaccoud, 1866, T. V, p. 791.

[3] Eiber. Zur Behandlung eiternder Bubonen. Wien. med. Wochenschrift 1860, p. 600.

tinctur wie überhaupt mit Injectionen so schlechte Resultate erzielten, dass sie sie vollständig verwarfen, so dass es mir sehr wahrscheinlich ist, dass es sich in den Fällen von Abeille und Eiber um einfache, nicht virulente Bubonen gehandelt hat.

Eine grosse Verbreitung haben dann die multiplen Punctionen gewonnen, die zu dem Zweck angewandt wurden, dem Eiter einen allseitigen Abfluss zu verschaffen und die grösseren Narben ausschliessen sollten.

Dieses Verfahrens bediente sich Blanche zu Rouen seit 1837, und es wurde von Vivefoy[1] adoptirt. Derselbe verfuhr dabei in der Weise, dass er, wenn die Haut noch nicht sehr verdünnt war, mit einem kleinen Bistouri 3—4 Punctionen in dem Umfange eines Zolls machte, ohne auf den Tumor einen Druck auszuüben. In die Punctionsöffnungen legte er Charpiefäden, um das Verwachsen der Ränder zu verhüten und bedeckte das Ganze mit einem grossen Breiumschlage. Dies setzte er so lange fort, bis nur noch sehr wenig Eiter austrat. Darauf comprimirte er. Er berichtet, dass meistens nur eine unbedeutende Narbe zurückgeblieben wäre, dass aber in vielen Fällen die Narbe sehr gross und entstellend gewesen wäre und dass er Wunden über ein Jahr habe eitern sehen.

Hulard[2] verfuhr fast gerade so. Er punctirte erst dann, wenn die Fluctuation in einer grossen Ausdehnung vorhanden war und legte einen grossen Werth auf den Verband, den er Morgens und Abends erneuerte. Die

[1] Vivefoy De l'avantage des ponctions dans le traitement des bubons. Journ. des connaiss. méd. chir. 1839, p. 150.

[2] Hulard. Des ponctions multiples dans le traitement des bubons en voie de suppuration. Bulletin de thérap. T. 21, 1841, p. 108.

Haut verwuchs mit den unterliegenden Theilen, und die kleinen Oeffnungen obliterirten. Zwei Patienten, deren Krankengeschichten er mittheilt, wurden in 8 Tagen geheilt entlassen.

Ricord[2], der, wenn das Zellgewebe noch nicht erkrankt war, das sogenannte débridement sous-cutané anwandte, worauf wir unten zu sprechen kommen werden, und bei sehr dünner Haut die Wiener Paste gebrauchte oder incidirte, machte in den übrigen Fällen entweder von dem Vesicator Gebrauch oder er machte ebenfalls mehrere tiefe Punctionen in einer Entfernung von 3—4 Linien und verband dieselben mit erweichenden Umschlägen, oder, wenn die Entzündung weniger acut war, mit Compression. Trotzdem Ricord diese Behandlungsweise bei den suppurirten Bubonen meistens anwandte, um ausgebreitete Narben zu verhüten, erwähnt er, dass die Hautbrücken stets zerstört würden, was man auch dagegen thun möge. Wenn Ricord die letztere Erfahrung gemacht hat, so sieht man nicht ein, warum er dann überhaupt multiple Punctionen machte, da dieselben dann ja ihren Zweck verfehlten.

Später hat Wertheim[2] eine subcutane Behandlung einzuführen gesucht, welche aber mit vollem Recht keiner grösseren Verbreitung sich zu erfreuen gehabt hat. Er machte nämlich nur eine sehr kleine Punctionsöffnung mit dem Ansatzrohr einer Pravaz'schen Spritze, um eine Narbe möglichst zu verhüten. Nachdem er dasselbe langsam wieder zurückgezogen hatte, entleerte er durch

[1] Ricord. Quelques considérations sur le bubon et sur son traitement Bulletin gén. de thérap. 1843, p. 23.

[2] Wertheim. Ueber subcutane Behandlung von geschlossenen Abscessen überhaupt, speziell von Bubonen. Wiener medicin. Wochenschrift 1868, Jahrg. 18, p. 1365.

allseitigen Druck vorsichtig den grössten Theil des Eiters. Darauf injicirte er keine Jodtinctur, welche er verwarf, sondern meistens zu wiederholten Malen eine Morphiumlösung oder auch eine Kampheremulsion, Creosotwasser, Kupfervitriollösung oder Chlorkalklösung. Der Kranke musste alle 3 Stunden durch gelinden Druck den Eiter entleeren. Die Heilungsdauer betrug 15—60 Tage.

Der Nachtheil dieser Methode leuchtet ein. Wegen der kleinen Punctionsöffnung hat der Eiter keinen freien Abfluss, und der Eiter bespült fortwährend die Ränder der Punctionsöffnung, was bei wirklich virulenten Bubonen zur Vereiterung führen muss. Auch tritt leicht profuse Eiterung ein. Wertheim erwähnt denn auch selbst, dass in den ersten 50 Fällen 17 mal dieser ungünstige Verlauf eintrat, er war zur Erweiterung gezwungen und musste die callösen Ränder excidiren.

Wenn die Punction von obigen Autoren mit dem Bistouri, resp. mit einer gespitzten Sonde und dem Ansatzrohr einer Pravaz'schen Spritze vorgenommen wurde, so hat es Kohn[1] vorgezogen dazu einen Explorativtroicart zu nehmen, er erklärte sogar die Punction mit dem Bistouri für die schlechteste Punctionsmethode, da zwar der Eiter genügenden Abfluss bekäme, aber die Stichöffnungen stets zerfielen und zwar aus dem Grunde, weil Luft in die Abscesshöhle dringe. Auch ist er ein grosser Feind des Auspumpens des Eiters (v. unten), und zwar deshalb, weil beim Auspumpen, besonders bei den letzten Pumpenzügen, das Blut in die Abscesshöhle hineingezogen und eine Ueberfüllung der Gefässe mit Blut hervorgerufen würde. Ebenso sehr tadelt er es,

[1] Kohn. Ueber Behandlung der Bubonen durch Punction. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. 3, 1871, p. 225 ff.

Flüssigkeiten in die Abscesshöhle zu injiciren, da eine Verminderung der Eiterung wohl auf einer freien eiternden Fläche dadurch eintreten könne, aber kaum in einer nach allen Seiten geschlossenen Eiterhöhle. Auch sei die Coagulation des bereits gebildeten Eiters nicht gleichgültig, da das Coagulum wie ein fremder Körper wirke und eine profuse Eiterung hervorrufen könne.

Kohn benutzt zur Punction den Explorativtroicart, mit dem er den Eiter möglichst früh entleert. Bei grossen Abscessen begünstigt er die Resorption durch Sitz- und Vollbäder, sowie durch leichte Compression. Die Einstichsöffnung bleibt offen, und das Secret fliesst spontan oder auf Druck ab. Schliesst sich die Oeffnung und bildet sich ein neuer Abscess, dann punctirt er zum zweiten Male, aber an einer anderen Stelle. Auch kann eine dritte oder vierte Punction nothwendig werden. Sehr selten entstehen Fisteln und Hohlgänge. Kohn verhehlt sich aber nicht die Nachtheile, die auch mit dieser Punctionsmethode verbunden seien. Abgesehen davon, dass bisweilen mehrmals hinter einander punctirt werden müsse, wäre in manchen Fällen trotz aller Sorgfalt der Zerfall der Punctionsöffnungen nicht zu vermeiden, und in anderen Fällen hätte sich profuse Eiterung eingestellt. Alle diese Nachtheile könnten aber durch keine Punctionsmethode vermieden werden.

Auspitz[1] stimmt mit Kohn darin überein, dass er die Injectionen sowie das Auspumpen vollständig verwirft, hält aber die Anwendung des Explorativtroicarts für unzweckmässig. Bei ausgedehnter Fluctuation incidirt er, und zwar wählt er den Kreuzschnitt, indem er glaubt, dass Hohlgänge und andere Zufälle dabei nicht eher ent-

[1] Auspitz, l. c. p. 494

stehen als bei anderen Methoden. In der ersten Periode punctirt er, und zwar hat er eine mit Punction combinirte Sondenbehandlung eingeführt. Diese Methode besteht darin, dass sobald die geschwollene harte Drüse als ein schmerzhaftter Körper deutlich zu umgreifen ist, er dieselbe mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand nach vorn an die Haut andrückt und dann mit einem schmalen Bistouri über dem höchsten Puncte der Geschwulst einsticht. Er zieht darauf das Bistouri zurück und geht mit einer dünnen Knopfsonde ein, um damit vermittelst Hebelbewegungen nach allen Richtungen die Septa der Drüse auf stumpfem Wege zu durchtrennen. Der Druck der linken Hand wird verstärkt, um den Eiter austreten zu lassen und die Drüse zu verkleinern. Es wird ein Compressivverband angelegt mit Lint in Carbolöl getaucht und derselbe nach 24 Stunden erneuert, nachdem der Eiter ausgepresst war. Sehr oft ist die Oeffnung nach 1—2 Tagen geschlossen.

Auspitz behauptet, dass es nur selten zum Zerfall der Punctionsöffnung und zur Bildung eines Hautschankers käme, er schreibt dagegen seine günstigen Erfolge dem Umstande zu, dass durch das Andrücken der Drüse gegen die Haut die Infection des Bindegewebes mit dem virulenten Eiter und damit die Periadenitis vermieden würde.

Wenn man nun diese verschiedenen Punctionsmethoden mit der spitzen Sonde, dem Bistouri, der Pravaz'schen Spritze und dem Troicart mit einander vergleicht, sie auf ihren praktischen Werth untersucht und dabei das Urtheil der Autoren selbst berücksichtigt, so muss man sagen, dass eigentlich nicht eine einzige allen Anforderungen zu genügen im Stande ist.

Den geringsten Erfolg verspricht eine einzige kleine

Punction, weil der Eiter keinen ordentlichen Abfluss erhält, durch seine Stagnation zur ungewöhnlichen Ausdehnung der Abscesshöhle, zu Hohlgängen und Fisteln vielfach Veranlassung gibt, während die Punctionsöffnung entweder sich spontan schliesst, wodurch obige Nachtheile noch grösser werden, oder offen bleibt, so dass der virulente Eiter continuirlich den Stichkanal und die Ränder der Punctionsöffnung bespült und dieselben mehr oder weniger durch Eiterung zerstört. Ebenso wenig entsprachen die multiplen Punctionen den Erwartungen, die man auf sie gesetzt. Der Eiter bekam dadurch freilich einen etwas freieren Abfluss, aber man konnte es in vielen Fällen, nach Ricord in allen Fällen, nicht vermeiden, dass die Hautbrücken zerstört wurden. Also damit waren dann wieder grosse, breite Narben gegeben, auf deren Vermeidung es gerade am meisten ankommt. Am besten ist jedenfalls die mit Punction combinirte Sondenbehandlung von Auspitz sowie die Methode von Broca. Man kann sich sehr gut vorstellen, dass durch diese Methoden in vielen Fällen die Periadentis verhindert werden kann und die Adenitis in ihrer Entwicklung aufgehalten wird. Es gesteht aber Auspitz selbst, dass die Periadenitis, sowie die eitrige Zerstörung der Hautränder nicht in allen Fällen vermieden werden konnte, so dass auch seine Methode nicht frei von Nachtheilen erscheint.

Auspumpung des Eiters.

An die Punction des Eiters, speciell an die Punction mit dem Ansatzrohr der Pravaz'schen Spritze und dem Troicart schliesst sich die Methode an, nach der der Eiter durch besondere Spritzen aus der Abscesshöhle ausgepumpt wurde. Diese Methode, welche Ende der

sechziger Jahre erfunden wurde, sollte eine Vervollkommnung der Punction darstellen, und der Erfolg, den man damit erlangte, wurde besonders durch den verhinderten Luftzutritt erklärt. Die Autoren, welche dieselbe anwandten, hatten vorher meistens andere Methoden geübt, ohne aber dadurch befriedigt zu sein.

So erzählt Barth[1], dass ihm zwei Winter hindurch fast alle der mit dem Messer geöffneten Bubonen gangränös geworden seien, und dass jede andere Behandlung denselben Ausgang genommen hätte. Er versuchte daher die subcutane Auspumpung mit der Pravaz'schen Spritze, die er später mit einer grösseren, beinahe 4 Gramm Flüssigkeit fassenden Spritze in Form der Pravaz'schen Spritze vertauschte. Mit dieser punctirte er bei deutlicher Fluctuation und noch nicht zu sehr verdünnter Haut, indem er nach einander, nach Bedürfniss, mehrere Auspumpungen vornahm und jedesmal die Spritze von dem in dem Bubo zurückbleibenden Stachel abschrob. Nachdem er diese Procedur so lange fortgesetzt hatte, bis sich dem Eiter etwas Blut beimengte, verklebte er die Punctionsöffnung mit einem Stück Heftpflaster, und am zweiten Tage war dieselbe vernarbt. Manchmal war sehr schnell die Adenitis verschwunden, meistens aber waren 2—4 Punctionen in Intervallen von 2—3 Tagen erforderlich. Die Heilungsdauer betrug durchschnittlich 35 Tage.

Aehnlich verfuhr Lang[2]. Er punctirte in einem ziemlich frühen Stadium, wenn das periglanduläre Gewebe

[1] Barth. Die Behandlung der Bubonen durch Auspumpen des Eiters. Allgem. Wiener medicin. Zeitung, Jahrg. 14, 1869, p. 412.

[2] Lang. Ueber die Behandlung der venerischen Drüsenabscesse mittelst Punction und deren Combination mit medicamentösen Flüssigkeiten und dem Druckverbande. Wiener medicin. Wochenschrift 1869, Jahrg. 19, p. 1220.

noch nicht in grosser Ausdehnung vereitert war. Er punctirte täglich 1—2 mal an verschiedenen Stellen, indem er mit einer kleinen Spritze den Eiter auspumpte, um dem Kranken die Schmerzen zu ersparen, die mit dem Auspressen des Eiters verbunden sind. Nur bei grösseren Abscessen und dickem Eiter presste er den Eiter nach der Punction aus. Er berichtet, in vielen Fällen Heilung erzielt zu haben durch die Combination der Punction mit einer Carbolsäureinjection, fügt jedoch hinzu, dass in mehreren Fällen hochgradige Induration im ganzen Umfange des Injectionsgebietes aufgetreten wäre. Deshalb hat er später die Punction mit dem Druckverbande verbunden und berichtet die Heilung von grösseren Abscessen binnen 4—6 Tagen. Auch hat er, da der Druckverband von vielen Patienten nicht vertragen wird, auch oft Eiterung der Punctionswunden eintrat, concentrirte Lösungen von doppeltschwefelsaurem Chinin empfohlen, ohne jedoch die Zweckmässigkeit dieses Mittels praktisch bewiesen zu haben.

Von allen Methoden, den Eiter durch Auspumpen zu entleeren, ist jedenfalls diejenige, wie Grünfeld[1] sie eingeführt hat, die relativ beste. Er tadelte das Ausdrücken des Eiters wegen der grossen Schmerzhaftigkeit und der drohenden Gangrän, eben so sehr das Auspumpen mit der viel zu kleinen Pravaz'schen Spritze, die sich leicht verstopfe, dafür gebrauchte er einen Explorativtroicart von 6 cm Länge, welcher durch einen Kautschukansatz mit einer Spritze zusammenhing, die ungefähr 4 Gramm Flüssigkeit fasste. Die Canüle drehte er so wenig als möglich hin und her, damit die Ränder der

[1] Grünfeld. Subcutane Behandlung von Bubonen durch Auspumpen des Eiters. Wiener medic. Presse. Jahrg. 10, 1869, p. 81.

Punctionsöffnung nicht gezerrt wurden und eitrig zerfielen. Am anderen Tage war die Punctionsöffnung geschlossen. Sobald sich eine neue Fluctuation gebildet hatte, punctirte er zum zweiten Male u. s. f. Grünfeld berichtet, dass in Folge dieser Behandlung in den meisten Fällen sich die Haut an die Peripherie immer mehr anlegte und die Adenitis allmählich verschwunden wäre. In manchen Fällen jedoch konnte der Zerfall der einen oder der anderen Punctionsöffnung nicht vermieden werden, und aus den oft linsengross werdenden Oeffnungen wurde eine Zeit lang Eiter secernirt. Durch fleissiges Abtupfen des Eiters jedoch kann es allmählich zur Heilung, oder wenn die Secretion lange Zeit andauerte, injicirte er Carbolsäure und legte den Lister'schen Verband an.

Es ist sehr wohl möglich, dass auf diese Weise eine Heilung ohne zu grosse Narbe erreicht wurde, jedoch ist die Methode sehr umständlich und verlangt viel Geschick und sorgfältige Ueberwachung des Patienten. Auch müssen andere Autoren nicht so günstige Resultate damit erhalten haben, denn dieselbe hat sich keiner grossen Verbreitung zu erfreuen gehabt. Ich habe wenigstens in der Literatur nur von einem Autor gelesen, der sich lobend über die Grünfeld'sche Methode äussert. Tomowitz[1] theilt nämlich das Resultat der Behandlung von 50 Bubonen mit. Davon sind 27 zur vollständigen Heilung ohne Narbenbildung durch blosse Benutzung der Pumpe in 10—40 Tagen gelangt, während bei 23 zur Spaltung von Unterminirungen das Messer genommen werden musste, und die gangränösen Ränder mit der

[1] Tomowitz. Versuche über subcutane Behandlung von Bubonen durch Auspumpen des Eiters nach der Methode Dr. Grünfelds. Wiener medicin. Presse, Jahrg. 10, 1869, p. 944.

Scheere abgetragen wurden. Dieser Erfolg, der jedenfalls nach den bisher beschriebenen Methoden nicht erreicht werden konnte, ist trotzdem nicht sehr eclatant, da wenigstens nach dem Resultat von Tomowitz in fast der Hälfte der Fälle Gangrän und Unterminirungen nicht vermieden wurden.

Das Débridement sous-cutané.

Das sogenannte débridement sous-cutané, welches zuerst von Guérin eingeführt und später besonders von Ricord[1] geübt wurde, besteht darin, dass man sehr frühzeitig, so lange noch keine Periadenitis besteht, mit einem kleinen Adenotom in die Haut einsticht und nun die Drüse in ihrer ganzen Länge durchschneidet, bei grossen Tumoren auch einen Kreuzschnitt hinzufügt. Darauf werden Cataplasmen aufgelegt, und Ricord behauptete, dass so die Krankheit oft in ihrem Keime erstickt würde, ohne dass es zur stärkeren Eiterung käme. Die Methode, welche an die Sondenbehandlung von Auspitz erinnert, mag richtig angewendet, ganz günstige Resultate liefern. Sie ist aber eben nur im ersten Stadium anwendbar.

Erwähnen will ich dann auch noch eine eigenthümliche Behandlungsweise, wie sie Diday[2] vorgeschlagen hat. Diday hat nämlich subcutane Incisionen gemacht, zu dem Zweck, nur die Lymphgefässe zu durchschneiden, welche zu der erkrankten Lymphdrüse hinführen, weil er sich vorstellte, dass wenn der Transport des Giftes zu

[1] Ricord. Quelques considérations sur le bubon et sur son traitement. Bulletin génér. 1843, p. 23.

[2] Gavoy. l. c. p. 30.

den Drüsen verhindert würde, dann die Drüse schnell der Heilung entgegengeführt werden könnte. Abgesehen aber davon, dass kein, auch noch so geschickter und mit den anatomischen Verhältnissen vollständig vertrauter Chirurg sicher ist, alle Lymphgefässe durchschnitten zu haben, so wäre damit auch noch gar nicht viel gewonnen, da ja das Gift sich schon längst in der Drüse selbst befindet und hier seine verheerenden Wirkungen entfaltet, wenn auch kein neuer virulenter Eiter mehr zugeführt wird.

Behandlung mit Causticis.

Wenn, wie wir gesehen haben, in der Behandlung der Bubonen das Messer von jeher eine grosse Rolle gespielt hat, so kann man dasselbe behaupten von den Causticis. Viele Autoren gaben dem Causticum ausschliesslich den Vorzug vor dem Messer, während andere bald die Anwendung des Messers, bald die des Causticums für indicirt erachteten.

So hat Dahlin[1] allein das Causticum angewendet. Ausser einer streng antiphlogistischen Behandlung benutzte er arg. nitr. fus., oder auch warme Umschläge. Bei eingetretener Eiterung eröffnete er frühzeitig durch ein Causticum salinum, legte später eine Blei- oder Zinksalbe auf und behauptete, dass das Geschwür dann schnell durch Granulationen geheilt wäre.

Daime[1] wandte ein dünnes Glüheisen an, welches er mitten in die Drüse hineinleitete und dann schnell

[1] Dahlin. Uebersicht über die Behandlung der venerischen Krankheiten etc. Schmidt's Jahrb. Jahrg. 1336, B. 10, p. 175.

[1] Daime. De la cautérisation des bubons. Journ. des connaiss. méd.-chir. 1839, p. 68.

wieder herauszog. Nachdem der Eiter nach und nach herausgesickert, trat nach 10—12 Tagen Heilung ein, ohne dass es zu andauernder Eiterung, zu grösserer Hautablösung und zu hässlichen Narben, wie beim Bistouri, gekommen wäre. Bei sehr grossen Bubonen wiederholte er die Anwendung des Glüheisens.

Das Glüheisen wurde auch von Payan[1] sehr gelobt. Er tadelte es sehr, den Bubo mit dem Messer zu öffnen, weil dann breite atonische Geschwüre entstünden, die spät heilten und unvertilgbare Narben zurückliessen. Wenn die Kranken die Oeffnung mit dem Glüheisen nicht zuliessen, dann wandte er, wie es Ricord bei verdünnter Haut that, die Wiener Paste an.

Die Wiener Paste ist bald dasjenige Aetzmittel geworden, welches mit besonderer Vorliebe bei Bubonen angewandt wurde. Man glaubte sich überzeugt zu haben, dass dadurch Gangrän, Hohlgänge und Fisteln am meisten vermieden würden.

Suchaneck[2] wandte sie besonders bei phagedän. Bechaffenheit des Bubonengeschwürs an, bei ausgedehnten Fistelgängen und verdünnter Haut.

Mag es vielleicht auch wahr sein, dass durch diese energische Aetzung das Schankergift zerstört oder wenigstens ziemlich unschädlich gemacht wird, so muss man doch aus anderen Gründen gegen die Anwendung der Aetzmittel entschieden protestiren. Nicht allein verursachen dieselben den Patienten die heftigsten Schmerzen, sondern sie geben auch ganz gewöhnlich zur profüsen

[1] Payan. Ueber Behandlung des Männertrippers und des suppurirenden Bubo. Schmidt's Jahrb. 1842, B. 36, p. 303. (Journ. de méd. de Toulouse. Sept. et Oct. 1841.)

[2] Suchaneck. Bericht über die Abtheilung für Syphilitische etc. Prager Vierteljahrschrift, Jahrg. 6, 1849, B. 3, p. 77.

Eiterung Veranlassung und, was immer das wichtigste ist, zur Entstehung von grossen Narben.

Eine wesentliche Modification, ja man kann sagen eine Vervollkommnung hat die Cauterisation erfahren durch Malapert und seinen Nachfolger Reynaud[1]. Reynaud benutzte die gleich zu beschreibende Methode in fast allen Fällen von Bubonen, ohne Rücksicht auf die Art und auf die Zeitdauer derselben. Die Methode bestand darin, dass auf die Bubonen ein Vesicator gelegt wurde von der Grösse eines 1—2 Frankstücks. Den folgenden Tag wurde dasselbe abgenommen, die Epidermis abgetragen und nun die entblösste Haut mit einem in Sublimatlösung getränkten Plumaceau bedeckt. Wenn sich nach 2 Stunden kein oberflächlicher Schorf gebildet hatte, dann wurde ein neues Plumaceau applicirt. Das Ganze wurde mit einem grossen erweichenden Cataplasma bedeckt. Die erste Wirkung des Vesicators und des Schorfplumaceaus bestand in einer deutlichen Verdickung der Haut. 30—40 Stunden nach der Bildung des Schorfes, wenn derselbe anfing sich zu lösen, zeigte sich eine Filtration einer serös-eitrigen Flüssigkeit, welche nach der völligen Ablösung des Schorfes am stärksten war. Einige Tage nach Ablösung des Schorfes heilte die Vesicatorwunde und bisweilen auch bereits der Bubo, welcher sich immer mehr senkte, und dessen Wände, in denen das Vesicator eine adhäsive Entzündung erregte, sich von der Peripherie nach dem Centrum hin vereinigten. Meistens war nach Reynaud ein einziges Vesicans nicht ausreichend, um die Ausschwitzung des sämmtlichen Eiters zu erreichen. In allen Fällen wurde er aber nach

[1] Reynaud. Du traitement local des bubons. Journ. des connaiss. méd.-chir. 1834, p. 33.

2—3facher Application des Vesicators vollständig geheilt. Reynaud erwähnt noch, dass bei sehr dünner Haut man eine vollkommene Hautzerstörung dadurch vermeiden müsse, dass man das Plumaceau nicht zwei, sondern nur eine Stunde liegen lasse. Reynauds Behandlung wurde auch von Ricord anfangs gelobt. Freilich stimmten die Erfahrungen, die Ricord mit obiger Methode machte, nicht vollständig mit Reynauds Behauptung überein, dass die spontane Eröffnung sehr selten vorkäme und die künstliche Eröffnung eben so selten nothwendig würde. Ricord[1] theilt nämlich das Resultat der Behandlung von 23 venerischen Bubonen mit, von denen 8 fluctuirten. Von den 15 Bubonen, welche noch nicht fluctuirten, wurden bei 7 vier Vesicatore hintereinander applicirt, 6 Bubonen zertheilten sich und einer, der in Eiterung überging, wurde incidirt. Von den 8 Bubonen, welche fluctuirten, zertheilten sich zwei, während sich 6 spontan eröffneten und davon zwei mit bedeutender Ablösung der Haut.

Das Bemerkenswerthe bei dieser Behandlung ist, dass zwei bereits eiternde Bubonen durch Vesicator und Sublimat ohne spontane und künstliche Oeffnung zur vollständigen Heilung gebracht wurden. Hierauf werden wir unten bei der Besprechung der Vesicatorbehandlung zurückkommen.

Im Allgemeinen waren also die Resultate, welche Ricord mit der Malapert-Reynaud'schen Behandlungsweise erzielte, nicht so glänzend, wie Reynaud behauptete. Ricord gab jedoch der Ueberzeugung Ausdruck, dass unter bestimmten Umständen das Vesicator und die

[1] Ricord. Des vésicatoires dans le traitement des bubons. Journ. des connaiss. méd.-chir. 1834, p. 139.

Sublimatlösung ein mächtiges Heilmittel bei der Behandlung der Bubonen wäre.

Später ist freilich Ricord[1] von der Anwendung obiger Methode zurückgekommen, weil sie zu schmerzhaft wäre und grosse unnachgiebige Narben zurückliesse. Die Reynaud'sche Behandlung ist von vielen Chirurgen adoptirt worden, und spricht schon dieser Umstand für die Wirksamkeit derselben.

Einer sehr unzweckmässigen Modification dieser Behandlung will ich noch kurz Erwähnung thun.

Cravera[2] hat dasselbe nämlich combinirt mit Calomeleinreibungen auf der Eichel. Die Calomeleinreibungen wurden von Cravera in der falschen Voraussetzung angewandt, das Schankergift dadurch zerstören zu können. Wir wissen jetzt, dass Quecksilber auf das Gift des weichen Schankers gar keinen Einfluss hat. Cravera's Vorschlag ist denn auch nicht acceptirt worden, besonders ist ihm von italienischen Aerzten widersprochen worden.

Claudio Rossi[3] war zur Ueberzeugung gekommen, dass es durchaus verwerflich sei, alle primären venerischen Geschwüre und Bubonen mit Calomel zu behandeln, abgesehen davon, dass in vielen Fällen (z. B. bei Phimosis und Balanitis) die Einreibungen auf der Eichel gar nicht ausführbar seien. Freilich war Rossi ein Gegner des ganzen Malapert'schen Verfahrens. Andere

[1] Ricord. Quelques considérations sur le bubon et sur son traitement. Bulletin gén. de thérap. 1843, p. 23.

[2] Cravera. Ueber Malapert's modificirtes Verfahren bei syphilitischen Bubonen. Schmidt's Jahrb. Jahrg. 1847, B. 54, p. 306.

[3] Claudio Rossi. Einige Bemerkungen über Malapert's von Cravera modificirtes Heilverfahren gegen venerische Geschwüre und Bubonen, als Antwort auf dessen letzten Aufsatz. Schmidt's Jahrb. Jahrg. 1847, B. 56, p. 49. (Giorni di Jorino 1847.)

italienische Aerzte, wie Riberi, sprachen sich ebenso ungünstig über Malaperts resp. Cravera's Methode aus.

Suchaneck[1] sprach sich äusserst lobend über die Reynaud'sche Methode aus, welche ausgezeichnete Erfolge und schnelle Heilung lieferte. Indem er aber die Sicherheit des Erfolges, welche diese Behandlungsweise garantirte, hervorhob, gestand er anderseits, dass in manchen Fällen hässliche Narben aufgetreten wären.

Und das ist denn wieder der Nachtheil, den die meisten der bis jetzt besprochenen Methoden nicht vermeiden liessen, wenn derselbe auch bei der Malapert'schen Methode, wenn sie mit Geschick und Vorsicht angewendet wird, sich wohl selten geltend machen wird. Ein anderer Nachtheil besteht aber in der grossen Schmerzhaftigkeit, die mit der Anwendung verbunden ist.

Eine grosse Aehnlichkeit mit der Reynaud'schen Methode hat die Methode von Sirus-Pirondi[2]. Auch er beraubte die Haut durch ein Vesicans der Epidermis und legte dann einen Charpiebausch auf, der mit einer verdünnten Jodtincturlösung getränkt war, und der täglich 2—3 mal erneuert wurde. Sobald die Haut trocken wurde, wurde wieder ein Vesicator applicirt. Ein grosser Anhänger dieser Methode war Cullevier. Gavoy bekämpft dieselbe. Er glaubt, dass sie oft die Eröffnung des Abscesses zur Folge habe, dass sie die Ränder nicht vor Gangrän sichere, dass sie sehr schmerzhaft sei, und fast zu Convulsionen führen könne.

[1] Suchaneck, l. c. p. 74.

[2] Gavoy, l. c. p. 37.

Behandlung mit Vesicatoren.

Nachdem bereits oben zu wiederholten Malen von der Anwendung der Vesicatore die Rede war, wie sie ein wesentliches Hülfsmittel darstellten bei der Methode von Reynaud und von Sirus-Pirondi, müssen wir jetzt auf die Vesicatore selbst näher eingehen, da sie von vielen Autoren ausschliesslich zur Heilung der Bubonen benutzt werden. Es waren vorzugsweise französische Schriftsteller, die die Anwendung des Vesicators dringend empfahlen.

Velpeau[1] hat es bei den verschiedensten chirurgischen Krankheiten, wie Erysipelas, Phlebitis, Gangräna senilis, Augenentzündungen und auch bei Bubonen angewendet. Er zog das Vesicator allen übrigen Eiterung befördernden Mitteln vor, da es, wo Zertheilung noch möglich wäre, dieselbe schnell bewerkstelligte und auf der anderen Seite die Eiterung ausserordentlich schnell zu Stande brächte.

Gavoy[2] schreibt hierüber:

«Velpeau attribuait aux vésicatoires une action fondante et révulsive sur l'adénite. D'après cet éminent chirurgien, ils arrêtent et font souvent rétrograder l'inflammation; dans les cas moins heureux, ils circonscrivent au moins le foyer morbide et le concentrent en quelque sorte autour des ganglions; si la résolution n'est plus possible, ils activent et accélèrent la suppuration; ils hâtent l'accumulation du pus dans un espace moins large, en même temps qu'ils amincissent le téguments,

[1] Velpeau. De l'emploi du vésicatoire dans les maladies chirurgicales. Bulletin de thérap. T. 7, Livr. 1, 1834.

[2] Gavoy, l. c. p. 34.

et qu'ils émoussent la sensibilité. Des foyers ganglionnaires dûment fluctuants, recouverts de larges vésicatoires volants, se sont dissipés par résolution simple, sans incision, sans ouverture d'aucune sorte ; la possibilité de ce fait n'est pas contestable aujourd'hui.»

Guérin[1] behauptete, dass in seiner Abtheilung kein einziger Bubo nach der Behandlung mit Vesicatoren eine Narbe hinterlassen hätte. Jedesmal, wenn die Vesicatorwunde trocken war, applicirte er ein neues und fuhr damit so lange fort, bis der Bubo ganz verschwunden war. Guérin verglich die eigenthümliche Weise des Austritts des Eiters mit dem Durchsickern von Quecksilber durch Ziegenleder.

Gavoy[2] theilt folgendes Urtheil Guérin's mit :

«Sous l'influence de ce traitement, le pus diminue de quantité, la peau s'épaissit par sa face profonde, et le bubon se termine par résolution. Sous l'influence de ces puissants abortifs, la suppuration s'arrête, quelle que soit la nature du bubon, quelle que soit sa période. Il n'est jamais trop tard pour empêcher l'ouverture de l'abcès ganglionnaire, qu'il soit virulent ou non; sous l'influence des vésicatoires multiples, le bubon ne suppurera pas ; le pus est résorbé sans qu'il en sorte une goutte, parfois par une sorte de transsudation purulente. Pas un seul bubon traité par cette méthode, suivant Guérin, n'a laissé de cicatrice.»

Diese von obigen Autoren so sehr gelobte Behandlungsweise wurde von Netter[3] in Strassburg (jetzt

[1] Guérin. Remarques pratiques sur le traitement du bubon. Bulletin de thérap. 60, 1861, p. 495.

[2] Gavoy, l. c. p. 35.

[3] Netter. Note sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires simples, etc. Gazette médicale de Paris, 1, 1862, p.

Bibliothekar in Nancy) dadurch etwas modificirt, dass er bei eiternden Bubonen die vom Vesicator blosgelegte Stelle mit Cantharidensalbe verband, so lange, bis sich aller Eiter entleert hatte. So entging er der wiederholten Application des Vesicators durch offenhalten der ersten Vesicatorstelle. Er trocknete 2 mal täglich den auf der wunden Stelle befindlichen Eiter ab und sah bei dieser Behandlung nur sehr selten kleinere Oeffnungen in der Haut durch das langsame Durchsickern des Eiters entstehen.

Ballet[1] erzählt in seinem Bericht über die Netter'sche Behandlung, dass dieselbe im Durchschnitt 51 Tage in Anspruch genommmen habe.

Von allen Behandlungsmethoden, die wir bis jetzt besprochen haben, ist unstreitig die Behandlung mit Vesicatoren die beste, wie das aus dem Gesagten und aus den übereinstimmenden Urtheilen von Velpeau, Guérin und Netter hervorgeht. Der einzige Nachtheil besteht in der etwas langen Behandlungszeit, aber die Narben, welche durch keine Methode vermieden werden konnten, sie werden bei dieser Behandlung mit Sicherheit vermieden. Uebrigens kommen wir hierauf unten noch näher zurück, und wollen wir zuerst noch die übrigen Methoden kurz betrachten.

Compression.

Die Compression ist eine alte Methode und wurde nicht nur bei beginnenden Bubonen angewandt, sondern auch bei Bubonen, die schon in Eiterung übergegangen waren. Eine methodische Anwendung erfuhr die Methode

[1] Gavoy, l. c., p. 37.

am Anfang dieses Jahrhunderts durch Sergeant[1], welcher viele eiternde Bubonen damit heilte. Sergeant applicirte eine in Bleilösung getränkte Compresse, welche durch eine spica coxæ fixirt wurde. Sehr gerühmt wurde die Methode durch Schönlein und Fergusson[2]. Ferner war es in Deutschland Hecker[3] in Freiburg, welcher die methodische Compression als Heilmittel bei Bubonen empfahl. Er nahm dazu Compressen, welche er in resolvirende und adstringirende Flüssigkeiten tauchte. Auch Ricord hat dieselbe in vielen Fällen für bewährt befunden, ebenso wurde sie von Melchior Robert[4] gerühmt. Cullevier wandte sie nur bei offenen Bubonen an. Vielfach wurden Bruchbänder zur Compression benutzt. Im Allgemeinen hat dieselbe aber nur wenig Anklang bei den Chirurgen gefunden. Viele hielten sie für gefährlich. Erst im letzten Jahre hat dieselbe wieder einen begeisterten Anhänger und Vertheidiger in Gavoy[5] gefunden. Gavoy wendet die Compression aber nicht allein an, sondern combinirt sie in den einzelnen Fällen mit verschiedenen anderen Behandlungsweisen. Besonders macht er ziemlich viel Gebrauch von der Jodtinctur, resp. von Plumaceaux, welche in Jodtinctur getränkt sind. Auch wendet er Bleicompressen und Vesicatore an. Die Hauptsache bildet aber stets die Compression, sie fehlt nie. Er theilt mit, dass er die grössten und schmerzhaftesten Tumoren damit zur Resorption gebracht habe, dass er in einem Wintersemester circa 200 Bubonen be-

[1] Gavoy, l. c, p. 40.

[2] Gavoy, l. c., p. 41.

[3] Hecker, Die methodische Compression als Heilmittel. Medicin. Annalen, B. 5, Heft 3, 1839, p. 453.

[4] Gavoy, l. c., p. 42.

[5] Gavoy, l. c, p. 55 ff.

handelt hätte, mit einer mittleren Behandlungsdauer von 23 Tagen. Nur in 9 Fällen sei spontane Oeffnung eingetreten, und selten habe sich die Eiterung wieder vermehrt und die Haut verdünnt. In den letzteren Fällen habe er mit einer Sonde oder einem Troicart eine subcutane Punction gemacht, die er bisweilen wiederholen musste. Abgesehen von diesen wenigen ungünstigen Fällen ist also das Resultat, welches Gavoy mit seiner Behandlung erzielte, ein äusserst befriedigendes. Gavoy setzt aber selbst hinzu, dass die Anwendung grosse Geschicklichkeit, Uebung und Zeit erfordere, da sonst vielerlei Nachtheile eintreten könnten, wie heftige Schmerzen, Ulcerationen der Abscesswand u. a. Und aus diesem Grunde kann die Gavoy'sche Methode, so vorzügliche Resultate sie auch bei geschickter Anwendung liefern mag, nicht überall mit gleichem Erfolge angewendet werden, so dass man einer Methode, welche im Stande ist denselben Erfolg zu garantiren — und wir werden unten sehen, dass die Wieger'sche Methode das vermag — und dabei überall und von jedem Arzte mit Leichtigkeit angewandt werden kann, doch den Vorzug geben wird.

Bevor wir auf die Wieger'sche Behandlung eingehen, ist es nothwendig, noch verschiedene Behandlungsmethoden zu betrachten, welche in neuester Zeit empfohlen und in Gebrauch gekommen sind.

Zunächst ist von Zeissl[1] für die Bubonen eine Bleibehandlung eingeführt worden, welche er aber nicht

[1] Zeissl. Zur abordiven und methodischen Behandlung acuter und lentescirender Leisten- und Schenkeldrüsengeschwülste. Wiener medicin. Wochenschrift, Jahrg. 22, 1872, p. 222.

bloss bei Schankerbubonen, sondern auch bei allen anderen Bubonen anwendet. Zeissl hat früher die Bubonen eröffnet, hat jedoch sehr oft ausgedehnte Gangränescenz erhalten. Sein Verfahren ist jetzt folgendes: Hofft er die Hautdecke noch erhalten zu können, dann reinigt er die Haut und nimmt die Depilation vor, darauf applicirt er Compressen, die in einer Lösung von basisch-essigsaurem Blei getaucht sind und erneuert dieselben, wenn dieselben trocken geworden. Er behauptet, dass nach 3—4 Tagen die Hautdecke dicker und fester, gleichsam wie gegerbt erscheine, und dass die Fluctuation, wenn sie bestand, allmählich verschwinde. Durch diese Behandlung hat er ohne operativen Eingriff in 6—10 Wochen viele Bubonen zur Resorption gebracht. Freilich ist nicht gesagt, wie viele Bubonen virulent und wie viele nicht virulent waren. Ist jedoch die Fluctuation sehr ausgeprägt, dann punctirt er mit dem Bistouri, applicirt wieder die Bleicompressen, legt zur Beförderung des continuirlichen Eiterabflusses einen leichten Compressivverband an und behauptet, dass Necrose bei dieser Behandlung sehr selten vorgekommen sei.

Im folgenden Jahre veröffentlichte Patzelt[1] in Prag die Resultate, welche er mit dieser neuen Zeissl'schen Methode erzielt hatte. Patzelt hat 67 Bubonen bei noch bestehendem oder frisch vernarbtem weichen Schanker behandelt und hat bei 33 Bubonen, von denen 22 fluctuirten, die Resorption ohne Punction erreicht, also in fast der Hälfte der Fälle. Die Behandlungszeit betrug durchschnittlich 32 Tage. Die übrigen 34 Fälle betrafen offene Bubonen, die zum kleinen Theil vor der Aufnahme,

[1] Patzelt. Ueber die Behandlung acuter und lentescirender Leisten- und Schenkeldrüsenentzündungen mit basisch essigsaurem Blei. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. 5, 1873, p. 413 ff.

resp. während der Behandlung perforirten, während 28 Bubonen punctirt wurden. In 9 Fällen davon trat ein grauweisser Belag der Ränder auf und aus ihrem Zerfall ging ein grosses Geschwür hervor mit speckig belegtem Grunde und unterminirten zerfressenen Rändern. Die Bleiwasserumschläge wurden stets fortgesetzt. Trotz der Verdünnung und Unterminirung der Haut lagerte sich dieselbe allmählich an die Abscesswand an und verwuchs von der Peripherie her mit ihr. In zwei Fällen war es nothwendig, die aufgeworfenen, gewulsteten Ränder mit der Scheere abzutragen. Abgesehen von diesen ungünstigen Fällen, wo die Ränder vereiterten, blieb eine nur unbedeutende Narbe zurück. In vier Fällen hatten sich kleine Fisteln gebildet, die mit dem Messer gespalten wurden. Die Behandlungsdauer betrug 4—12 Wochen. Die Methode, welche in manchen Fällen ganz gute Resultate liefern mag, hat also doch ihre Nachtheile, wegen der ausserordentlich langen Behandlungszeit und wegen des Unvermögens, stets Vereiterung der Ränder, Narben u. a. zu vermeiden. Auspitz[1], der sie auch versuchte, hat davon keine glänzenden Erfolge gesehen.

Es ist nun in der letzten Zeit die antiseptische Wundbehandlungsmethode, welche auf fast allen chirurgischen Gebieten vorzügliche und nie geahnte Resultate geliefert hat, auch auf die Behandlung der Bubonen übertragen worden, weil man berechtigte Hoffnung hatte, dass die Nachtheile, welche sich so gewöhnlich bei der Behandlung der Bubonen einstellen, durch die Antisepsis vermieden werden könnten. Es wird, nachdem breit incidirt und der Eiter unter antiseptischen Cautelen entleert ist, der Lister'sche Verband mit seinen verschiedenen

[1] Auspitz, l. c. p. 492.

Modificationen angelegt, es finden Carbolsäure, Salicylsäure und viele anderen Antiseptica, ganz besonders aber das in neuester Zeit so gepriesene Jodoform, sowie das Naphtalin eine ausgedehnte Anwendung in der Bubonenbehandlung. Dazu wird in vielen Fällen vom scharfen Löffel reichlich Gebrauch gemacht, oder man entschliesst sich zur vollständigen Exstirpation der Drüse, weil man die Gefahren, die damit früher verbunden waren, Dank der Antisepsis, nicht mehr zu fürchten braucht. So mögen denn wohl viele Chirurgen der Ansicht sein, dass die antiseptische Behandlung der Bubonen heut zu Tage die allein berechtigte ist. Und in der That scheint besonders durch das Jodoform die Virulenz des Buboneneiters direkt angegriffen zu werden. Dem Jodoform wird von Gschirhakl[1] ein überschwängliches Lob gespendet. Er sagt nämlich:

«Ebenso, wie die Salicylsäure, nur viel rascher und zuverlässiger, erweist sich das Jodoform gegen die Dyphtherie und die Gangrän der Bubonen, aber auch die Virulenz, sowie die Phagedän wird in geradezu specifischer Weise durch dieses «Wundermittel» bewältigt. Speciell der überraschende Erfolg des Jodoform bei Drüsenschankern — bei Vermeidung jeder Irrigation der Buboböhle mit Wasser — räumt diesem Mittel den ersten Platz unter den bisher gebrauchten Verbandmitteln ein.»

Man mag darüber nun denken wie man will, man mag die Antisepsis, speciell das Jodoform noch so sehr rühmen, eine nothwendige Bedingung für die Anwendung der Antisepsis bleibt immer eine ausgiebige Spaltung des

[1] Gschirhake. Zur Behandlung der Bubonen. Wiener medicin. Wochenschrift. Jahrg. 32, 1882, p. 426.

Abscesses, und damit ist immer eine grössere Narbe mit in den Kauf genommen, die freilich in Folge der Antisepsis nicht die unangenehmen Eigenschaften besitzen wird, wie die Narben, die nach früheren Methoden zurückblieben, die aber doch bestehen bleiben und für den Träger entstellend und compromittirend wirken. Wenn nun freilich diese Narben durch keine Methode zu vermeiden wären, so wäre man dennoch verpflichtet, wenn auf die Resorption des Bubo nicht mehr zu rechnen wäre, obige Behandlung einzuschlagen. Wir besitzen aber in der sogleich zu beschreibenden Methode eine Behandlungsweise, die mit der antiseptischen Behandlung nicht bloss concurriren kann, sondern dieselbe noch deshalb übertrifft, weil sie — sehr grosse allzu spät in die Behandlung gekommenen Bubonen abgerechnet — mit Sicherheit jede Narbe vermeiden lässt.

Die Wieger'sche Methode.

Die Methode, welche Prof. Wieger seit 1872 in der Strassburger syphilitischen Klinik zur Anwendung gebracht hat, besteht in Folgendem :

Der Bubo wird, je früher desto besser, mit einem zweischneidigen spitzen Bistouri durch eine kleine Punction eröffnet und der Eiter ausgedrückt. Im ersten Stadium des Bubo, wo noch keine Fluctuation besteht, ist es zweckmässig, mit einer Sonde die bindegewebigen Septa der Drüse zu zerstören. Nun wird ein der Grösse des Tumors entsprechendes Vesicator applicirt, welches gewöhnlich ca. 24 Stunden liegen bleibt. Auch kann es zweckmässig sein, obgleich das keinen grossen Unterschied macht, vor der Punction ein Vesicator zu legen.

Nachdem das Vesicator abgenommen, wird die abgehobene Epidermis mit der Scheere entfernt, die Wundfläche gereinigt und nun unguentum epispasticum = ungt. Cantharidum auf Leinwand messerrückendick aufgestrichen applicirt, worauf ein einfacher Verband mit einer Spica coxæ angelegt wird. Der Verband wird täglich 1—2 mal erneuert, die Punctionsöffnung, deren Ränder gewöhnlich verkleben, mit der Sonde dilatirt, der Eiter, der auf der Wundfläche liegt, entfernt, der Abscess, wenn nöthig, durch Druck entleert und die Behandlung mit ungt. epispasticum so lange fortgesetzt, bis der Bubo geheilt ist. Ist der Abscess sehr gross, dann genügt nicht eine kleine Punctionsöffnung, es wird jedoch absichtlich eine grössere Incision vermieden, vielmehr werden an denjenigen Stellen, die am meisten fluctuiren, multiple Punctionen resp. kleine Incisionen gemacht, die, damit sie nicht klaffen, parallel den Spannungslinien der Haut angelegt werden müssen und selbst parallel zu einander verlaufen. Unter Umständen ist es zweckmässig, besonders bei harter Infiltration, im Laufe der Behandlung ein neues Vesicator aufzulegen.

Diese Behandlung genügt in allen Fällen, und jeder virulente Bubo, wenn er nicht in einem ganz vernachlässigten späten Stadium zur Behandlung kommt, heilt in kurzer Zeit. Die Secretion wird immer geringer, der Bubo collabirt, die Wände des Abscesses verwachsen mit der Unterlage, und die geringfügigen Narben, welche von den Punctionsöffnungen zurückbleiben, sowie die Pigmentirung der Haut verschwinden wieder.

Diese Methode ist im Jahre 1881 von Gibier[1] de Savigny auf das energischste angegriffen worden. Er

[1] Annales de Dermatologie etc. T. II, 1881, p. 393.

sagt nämlich über die Wieger'sche Methode wörtlich Folgendes :

«Nous ne saurions assez nous élever contre cette pratique. En effet, si à la rigueur le traitement de M. Wieger peut être appliqué aux bubons simples, non virulents ou aux bubons scrofuleux, on ne doit pas manquer d'en voir, a priori, tous les inconvénients si on l'emploie contre les bubons chancreux. Chacune des ponctions devient un chancre, tout d'abord, et ensuite la plaie qui suivra l'application du vésicatoire, formera un chancre proportionné aux dimensions de l'emplâtre vésicant.

«On voit d'ici les résultats de ce traitement si le chancre superficiel s'ulcérant, rejoignait le chancre profond représenté par la cavité du bubon chancreux !

«Comme on le sait, les bubons vénériens sont chancreux sept fois sur dix ; le traitement proposé par M. Wieger ne leur est donc pas applicable.»

Man sieht, wenn die Sache sich so verhielte, wie es sich obiger Autor denkt, dass es dann um die ganze Wieger'sche Methode sehr schlimm stände, und dass ihre Anwendung verboten wäre. Glücklicherweise ist aber obiges Urtheil vollständig ungerechtfertigt und verkehrt, und es kann nur aus theoretischen Erwägungen, nie aus praktischen Versuchen hervorgegangen sein. Es ist allerdings nicht zu leugnen, dass, wenn man die Wieger'sche Methode oberflächlich betrachtet, ohne sie praktisch zu versuchen, dieselbe als das allerverkehrteste erscheinen mag, was es gibt. Wenn man bedenkt, wie leicht und schnell schon nach der einfachen Eröffnung der virulente Eiter ausgedehnte Vereiterung ganz gewöhnlich bedingt, so sollte man glauben, dass dieselbe nie ausbleiben könnte, wenn man die oft so wie so schon verdünnte Haut noch durch ein Vesicans der Epidermis beraubt, dass die Haut-

brücken zerstört würden und später eine breite Narbe zurückbleiben müsse. Wenn nun aber schon Malapert, Reynaud, Velpleau, Guérin, Netter u. a., wie oben erwähnt, mit den Vesicatoren die besten Resultate erzielt haben und dieselben dringend empfahlen, wenn dann besonders Prof. Wieger nicht bloss nie obigen Ausgang beobachtet hat, wie er mir mitgetheilt, sondern sogar stets die günstigsten Erfolge ohne Narbenbildung damit erzielte, so muss die Sache sich doch wohl anders verhalten. Dadurch ist schon allein die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Methode bewiesen, und man kann nur noch darüber disputiren, wie diese Wirkung zu erklären ist.

Das emplastrum vesicans hat folgende Zusammensetzung:

Ceræ flav.		
Elemi		
Sebi		
Colophon.		
Pic. nigr.		
Resin. pini	āā	200,00
Enphorb. pulv.		100,00
Cantharid.		400,00
Camphor.		40,00
Ol. Lavendul.		4,00

Das unguentum epispasticum wird auf folgende Weise hergestellt: Zwei Theile grob gepulverter Canthariden werden mit acht Theilen Olivenöl zehn Stunden im Dampfbade digerirt, abgepresst, und das Oel filtrirt. Aus sieben Theilen des Filtrats wird mit drei Theilen gelben Wachs die Salbe bereitet.

Zunächst ist die höchst auffallende Thatsache, dass die ihrer Epidermis beraubte und mit einer oder mehreren

Punctionsöffnungen versehene Haut unter dem Einflus des virulenten Eiters nicht vereitert, nicht gut anders zu erklären, als dass das Vesicator und das ungt. epispasticum einen Stoff enthält, der direkt das virulente Gift tödtet, und es liegt am nächsten die Vermuthung, dass derselbe in den Canthariden enthalten ist, dass es das Cantharidin selbst ist, welches sich chemisch wie eine Säure enthält.

Das würde aber noch nicht das schnelle Verschwinden des Eiters und die schnelle Heilung der Bubonen erklären. In der Vermuthung, dass vielleicht die alten Autoren, wie Reynaud, Guérin und Netter, die von einer Durchschwitzung des Eiters durch die Haut, von einer eitrigen Transsudation sprachen, die richtige Erklärung gegeben, ohne dass es experimentell bewiesen wurde, habe ich folgenden einfachen Versuch am Kaninchen angestellt, um zu eruiren, ob in Folge der Einwirkung eines Vesicators der Eiter die Haut passiren kann um auf der Oberfläche derselben zu erscheinen.

Nachdem beim Kaninchen an einer Bauchseite die Haare abrasirt waren, injicirte ich einige Gramm einer dünnflüssigen Zinnoberflüssigkeit, die ich durch Verreibung von rothem Zinnober mit mucilago gummi arabici hergestellt hatte, so zwar, dass ich das Ansatzrohr der Spritze erst eine Strecke weit subcutan weiter schob und dann erst die Flüssigkeit injicirte, damit die Punctionsöffnung ausserhalb des Vesicators zu liegen kam, welches ich unmittelbar darauf von der Grösse von 2 □ cm auf die durch die Zinnoberflüssigkeit vorgewölbte Haut applicirte und mit Heftplaster fixirte. Wenn überhaupt Eiterkörperchen die Haut passiren könnten, so war zu erwarten, dass, nachdem durch das Vesicator eine lebhafte körperchen gesetzt wurde, auf der Haut colorirte Eiter-Entzündung erschienen. Das Vesicator blieb 40 Stunden

liegen. Als es abgenommen wurde, fand sich ein sehr intensiver Entzündungsprocess vor, der über die Grenzen des Vesicators hinausreichte. Die Epidermis war in Fetzen abgehoben, und die Vesicatorfläche war mit reichlichem, dickem gelben Eiter bedeckt. Durch die mikroskopische Untersuchung konnte ich kein einziges colorirtes Eiterkörperchen nachweisen. Denselben negativen Erfolger hielt ich, als ich die folgenden Tage den Eiter untersuchte, welcher auf der durch ungt. epispasticum unterhaltenen Vesicatorfläche lag.

Nach diesen Versuchen scheint es mir unmöglich zu sein, dass die Eiterkörperchen die Haut passiren, und die Ansicht von obigen französischen Autoren (Reynaud, Guérin), dass der Buboneneiter durch Transsudation entleert würde, ist deshalb als eine irrige zu bezeichnen.

Wahrscheinlich geht die schnelle Heilung so vor sich:

Der Eiter wird durch die Punctionen nach aussen entleert, er verliert seine Virulenz und unter der continuirlichen Ableitung, welche die Canthariden auf der Vesicatorfläche unterhalten, nimmt die Secretion schnell ab, etwaige Indurationen werden resorbirt, und die Haut verwächst wieder mit der Unterlage. Der Eiter, der anfangs noch secernirt wird, tritt theils durch die Punctionsöffnungen nach aussen, theils wird er wieder resorbirt. Selbstverständlich ist es zweckwässig, wie schon oben erwähnt wurde, dass ausserdem der Eiter beim Verbandwechsel ausgedrückt wird. Der Vortheil, den diese Methode vor der einfachen Behandlung mit Vesicatoren und ungt. epispasticum hat, besteht zweifellos darin, dass dem Eiter Abfluss verschafft wird, und dass dadurch die Heilung beschleunigt wird. Aber dass auch ohne Punctionsöffnung ein virulenter Bubo unter blosser Vesicatorbehandlung sicher heilt, das beweisen die übereinstim-

menden Urtheile von Malapert, Reynaud, Guérin, Netter u. a. Es dauert eben nur etwas länger. Hier wird also der Eiter, da ein Durchtritt durch die Haut unmöglich ist, vollständig wieder resorbirt. Die Vesicatorbehandlung, speciell die Wieger'sche Methode, ist ganz besonders da indicirt, wo die Haut bereits verdünnt ist, so dass sie um so leichter bei den gewöhnlichen Behandlungsmethoden vereitern würde. Hier kann sie nur durch die Vesicatore resp. das ungt. epispasticum erhalten werden, durch deren Einwirkung sie dicker, fester und damit lebensfähiger gemacht wird.

Im Folgenden theile ich eine Reihe von Krankengeschichten mit, wie ich sie in der hiesigen syphilitischen Klinik vorgefunden habe, und durch welche die Wirksamkeit der Wieger'schen Methode unzweifelhaft bewiesen wird.

In vielen Fällen ist statt des eigentlichen Blasenpflasters das Collodium cantharid. angewendet worden. In keinem Fall ist Vereiterung der Hautränder eingetreten und eine dauernde Narbe zurückgeblieben.

Krankengeschichten.

1) 1872. Dec. 31. — G. G. Eisenbahnbeamter, 28 J. alt. Früher keine venerischen Krankheiten. Letzter Coitus vor 4 Wochen.

Stat. præs. Am Frenulum links linsengrosser, ziemlich tiefer, reichlich eiternder Schanker, nicht indurirt. Da der Kranke behauptet, den Schanker noch nicht bemerkt zu haben, weiss er nicht, wann derselbe entstanden. In der rechten Leistengegend ein hühnereigrosser Bubo, auf Druck sehr schmerzhaft, mit undeutlicher Fluctuation.

Behandlung des Schankers mit Cupr. sulf. und dem Lapisstift.

1873. Jan. 2. — Schanker fast geheilt. Deutliche Fluctuation des Bubo. Haut geröthet. Vesicator.

Jan. 3. — Schanker geheilt.

Jan. 7. — Collod. cantharid.

Jan. 9. — Idem.

Jan. 10. — Durch Punction des Bubo wird eine grosse Menge gutartigen Eiters entleert. Ungt. epispasticum.

Jan. 15. — Bubo fliesst nicht mehr viel. Ungt. epispast.

Jan. 21. — Bubo fliesst fast gar nicht mehr, die Haut legt sich vollkommen an. Ungt. epispast.

Febr. 1. — Bubo geschlossen. Die Haut hat sich vollkommen angelegt.

Febr. 4. — Pat. wird geheilt entlassen. Behandlungszeit 4 Wochen.

2) 1873. Jan. 23. — G. G. Blechschmied, 24 J. alt. Früher keine venerischen Krankheiten. Anfang der jetzigen Krankheit vor 20 Tagen, 2—3 Tage nach dem Coitus.

Stat. præs. 3 linsengrosse, nicht indurirte, ziemlich reichlich eiternde Schanker in der fossa retroglandularis. Ausserdem Schanker auf der Penishaut. In der l. Leistengegend hühnereigrosser, schmerzhafter, undeutlich fluctuirender Bubo. Haut geröthet. Nichts im Rachen und auf der Haut. Behandlung des Schankers mit Cupr. sulf. und dem Lapisstift. Collod. canth. auf d. Bubo.

Jan. 25. — Ungt. epispasticum.

Jan. 28. — Deutliche Fluctuation. Punction. Vesicator, darauf ungt. epispasticum.

Febr. 7. — Schanker vernarbt. Aus dem Bubo fliesst etwas eitrig-seröse Flüssigkeit.

Febr. 9. — Pat. geheilt entlassen.

Behandlungszeit 16 Tage.

3) 1873. Jan. 3. — A. H. Hufschmied. Im letzten Juni Tripper. Entstehung der jetzigen Krankheit vor 14 Tagen, 4 Tage nach dem Coitus.

Stat. præs. Linsengrosser, bei Berührung blutender, reichlich eiternder Schanker im sulcus retroglandularis rechts. Seit

6 Tagen gänseeigrosser Bubo rechts, schmerzhaft. Haut geröthet. Deutliche Fluctuation. Cupr. sulf., Lapis.

Jan. 4. — Vesicator.

Jan. 8. — Collod. cantharid.

Jan. 10. — Idem.

Jan. 12. — Punction. Viel Eiter.

Jan. 14. — Collod. cantharid.

Jan. 16. — Ungt. epispast.

Jan. 25. — Schanker geheilt. Bubo geschlossen, geringer Grad von Induration.

Jan. 26. — Pat. geheilt entlassen.

Behandlungszeit 22 Tage.

4) 1873. Febr. 22. — M. Ch. Erdarbeiter, 33 Jahr alt. Tripper vor 4 Jahren. Jetzige Affection begann vor 3 Wochen.

Stat. præs. Zahlreiche Schanker am Präputium. Seit 6 Tagen hühnereigrosser Bubo links, sehr schmerzhaft. Haut nicht geröthet. Keine Fluctuation. Coll. canth.

Febr. 28. — Fluctuation. Punction. Viel Eiter. Collod. cantharid., darauf ungt. epispasticum.

März 10. — Schanker und Bubo fast geheilt.

März 25. — Bubo geheilt. Neue Schanker an der Penishaut.

April 9. — Schanker fast geheilt. Entlassung.

Behandlungszeit 4 Wochen.

5) 1873. Mai 15. — L. M. Erdarbeiter, 34 J. alt. Früher keine venerischen Krankheiten. Präputium geschwollen. Phimose verhindert die Untersuchung des Glans. Der Kranke sagt jedoch, dass an der Basis der Glans ein 20 Pf. Stück grosses Geschwür besteht, entstanden vor 8 Tagen, 4 Tage nach dem Coitus. Links nussgrosser Bubo seit 3 Tagen, etwas schmerzhaft. Keine Hautröthung. Nichts im Rachen und auf der Haut.

Mai 19. — Die Untersuchung der Glans, die heute möglich ist, zeigt 15—20 kleine confluirenden Schanker im sulcus retroglandularis, welche mit Höllenstein geätzt werden. Der Bubo wird grösser und neigt zur Eiterung. Punction. Vesicator, darauf ungt. epispasticum.

Mai 25. — Bubo wird kleiner.

Mai 28. — Schanker geheilt. Bubo nicht mehr schmerzhaft.

Juni 5. — Bubo fast vollständig geheilt. Entlassung.

Behandlungszeit 16 Tage.

6) 1873. April 5. — E. Str. Bierbrauer. Früher keine venerischen Krankheiten. Vor 5 Tagen Entstehung von Schankern, 5 Tage nach dem Coitus. Seit 2 Tagen doppelseitiger Bubo.

Stat. præs. Narben von Schankern am Frenulum und an der Glans. Links hühnereigrosser Bubo, wenig schmerzhaft. Keine Fluctuation. Rechts kleinerer Bubo. Collod. canthar.

April 6. — Bubonen eingesunken, aber in beiden Bubonen undeutliche Fluctuation.

April 9. — Punction des l. Bubo. Viel Eiter. Vesicator, ungt. epispast.

April 20. — Keine Eiterung mehr.

April 22. — Punction des r. Bubo. Collod. cantharid.

April 23. — Da die Punctionsöffnung sich verstopft hat, macht man eine neue Punction. Vesicator, ungt. cantharid.

April 28. — Pat. verlässt das Spital in einem sehr befriedigenden Gesundheitszustand.

Behandlungszeit 23 Tage.

7) 1873. Juni 5. — A. L. Arbeiter, 29 J. alt. Keine venerischen Krankheiten früher. Anfang der jetzigen Krankeit vor 1 Monat, 8 Tage nach dem Coitus. Seit 14 Tagen Bubo rechts.

Stat. præs. 3 nicht indurirte Schanker am Präputium und am Frenulum. Ausserdem mehrere Narben von früheren Schankern an dem Präputium. Rechts hühnereigrosser Bubo, welcher fluctuirt und nicht schmerzhaft ist.

Juni 6. — Punction. Viel Eiter.

Juni 7. — Collod. canthar., darauf ungt. epispasticum.

Juni 10. — Schanker geheilt.

Juni 14. — Bubo neigt zur Heilung.

Juni 24. — Pat. geheilt entlassen.

Behandlungszeit 18 Tage.

8) 1873. Juni 23. — L. St. Schmied, 20 J. alt. Früher keine venerischen Krankheiten. Seit 4 Wochen 2 Schanker am

Präputium links, entstanden 8 Tage nach dem Coitus. Bubonen seit 3 Wochen.

Stat. præs. Schanker fast geheilt. Jederseits ein hühnereigrosses Bubo.

Juni 24. — Punction beider Bubonen. Cataplasmen. Vesicator.

Juni 30. — Schanker geheilt. Bubonen scheinen sich schliessen zu wollen. Cataplasmen.

Juli 8. — Vesicator auf beiden Bubonen. Pat. muss der Aushebung wegen das Spital auf 2 Tage verlassen.

Juli 15. — Vesicator ungt. episp.

Juli 21. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 4 Wochen.

9) 1872. Dez. 30. — J. F. Schlosser, 25 J. alt. Vor 6 Monaten Tripper. Jetzige Affection seit 3 Wochen, 13 Tage nach dem Coitus.

Stat. præs. 5 linsengrosse Schanker am Präputium, reichlich eiternd. Cupr. sulf., Arg. nitr. Inoculation des Schankersecrets am Schenkel mit positivem Erfolg.

1873. Febr. 5. — Links hühnereigrosser Bubo, schmerzhaft, ohne Fluctuation. Haut geröthet. Collod. cantharid.

Febr. 7. — Ungt. epispast.

Febr. 14. — Schanker geheilt.

Febr. 17. — Bubo an einem Punkt erweicht. Punction. Ziemlich viel blutiger Eiter.

Febr. 20. — Bubo fast geheilt.

Febr. 25. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 20 Tage.

10) 1873. Febr. 20. — E. L. Koch, 26 J. alt. 1866 Tripper. Vor 1 Jahr Schanker ohne consecutive Erscheinungen. Anfang der jetzigen Affection vor 10 Tagen. Incubationszeit unbekannt. Seit 8 Tagen Bubo links.

Stat. præs. Schanker aussen am Gliede, hühnereigrosser Bubo links mit undeutlicher Fluctuation, schmerzhaft auf Druck. Haut geröthet. Punction. Vesicator. ungt. episp.

Febr. 22. — Bubo hat sich sehr gesenkt. ungt. episp.

Febr. 27. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 7 Tage.

11) 1873. August 25. — J. D. Kellner, 32 J. alt. Früher keine vener. Krankheiten. Seit 5 Wochen Schanker am Frenulum. Incubationszeit unbekannt. Seit 8 Tagen Bubo links.

Stat. præs. Schanker neigt zur Heilung. Bubo ist schmerzhaft und geht in Eiterung über.

Punction des Bubo, Aug. 26. Es tritt Blut aus, gemischt mit einigen Eiterfetzen. Cataplasmen.

Aug. 28. — Zweite Punction. Vesicator, dann ungt. episp.

Sept. 1. — Schanker geheilt. Bubo liefert noch einen ziemlich reichlichen Ausfluss.

Sept. 4. — Neigung des Bubo zur Heilung.

Sept. 8. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 14 Tage.

12) 1873. Sept. 23. — A. Z., 22 J. alt. Schanker am Frenulum, hühnereigrosser Bubo links, schmerzhaft, Haut geröthet, keine Fluctuation.

Sept. 28. — Punction. Vesicator, dann ungt. episp.

Okt. 8. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 15 Tage.

13) 1874. Juli 21. — H. A. Schlosser, 28 J. alt. Vor 8 Jahren Tripper. Letzter Coitus vor 3 Wochen, 3 Tage nachher Schanker auf der Haut des Penis. Seit 6 Tagen Bubo rechts.

Stat. præs. Schanker aussen links am Penis, hühnereigrosser Bubo rechts, keine Fluctuation.

Juli 23. — Punction. Vesicator, darauf ungt. episp.

Juli 28. — Bubo neigt zur Heilung.

Juli 31. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 8 Tage.

14) 1874. Juni 27. — O. R. Porcellanmaler, 30 J. alt. Früher keine venerischen Krankheiten, Schanker am Präputium vor 4 Wochen entstanden, 8 Tage nach dem Coitus. Heilung desselben durch Cupr. sulf. Seit der Zeit Schmerzen in den Leistengegenden, die auf Quecksilbereinreibungen nicht verschwanden. In der letzten Woche Entwicklung von entzündlichen Bubonen.

Juni 28. — Punction. Vesicator, darauf ungt. episp.

Juli 2. — Bubonen sind geschlossen. Einfacher Charpieverband.

Juli 7. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 10 Tage.

15) 1874. Jan. 23. — J. G. Maler, 24 J. alt. 1870 Tripper, vor 2 Monaten Schanker, welcher nach 6 Wochen heilte. Seit 1 Monat Bubo rechts.

Stat. præs. Taubeneigrosser Bubo rechts, schmerzhaft auf Druck, fluctuirend. Rothe entzündete Haut.

Jan. 24. — Punction. Vesicator, darauf ungt. episp.

Jan. 26. — Bubo eitert fast gar nicht mehr. Vesicator, ungt. episp.

Febr. 1. — Bubo fast geheilt.

Febr. 4. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 10 Tage.

16) 1874. April 14. — G. E. Sattler, 30 J. alt. Jetzige Affection seit 6 Wochen, 15 Tage nach dem Coitus. Schanker am Frenulum. Nussgrosser Bubo, entstanden vor 5 Tagen. Keine Fluctuation.

April 23. — Bubo fluctuirt. Punction. Ziemlich viel Eiter. Vesicator, darauf ungt. episp.

April 30. — Bubo in Heilung, kein ungt. episp. mehr.

Mai 11. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 18 Tage.

17) 1871. Okt. 8. — Ch. K. Arbeiter, 32 J. alt. Vor 7 Jahren und vor 6 Wochen Tripper. Vor 3 Wochen Schanker, entstanden 8 Tage nach dem Coitus. Bubo links seit 14 Tagen.

Okt. 9. — Punction. Etwas Blut, kein Eiter. Vesicator, ungt. episp.

Okt. 24. — Bubo nicht mehr schmerzhaft.

Okt. 26. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 18 Tage.

18) 1874. Nov. 3. — J. N. Tischler, 26 J. alt. Vor 3 Wochen 2 Schanker am Frenulum, 14 Tage nach dem Coitus. Seit 14 Tagen doppelseitiger Bubo.

Stat. præs. Bubo rechts fluctuirt, Bubo links indolent. Schanker fast geheilt.

Nov. 5. — Punction rechts. Austritt von blutigem Eiter. Vesicator, ungt. episp.

Der l. Bubo wird weich.

Nov. 11. — Punction links. Vesicator, ungt. episp.

Dez. 10. — Bubo geheilt.

Dez. 13. — Pat. fast geheilt entlassen.

Behandlungszeit 5 Wochen.

19) 1875. Jan. 2. — J. L. Schuster, 25 J. alt. Schanker am Präputium, fluctuirender Bubo links. Punction, ziemlich viel Eiter. Vesicator, darauf ungt. episp.

Jan. 7. — Bubo heilt.

Febr. 8. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 4 Wochen.

20) 1876. April 24. — Ch. H. Korbmacher, 29 J. alt. Bubo links, fluctuirend. Keine Schanker mehr. Punction, viel Eiter. Vesicator, darauf ungt. episp.

Mai 3. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 10 Tage.

21) 1876. Sept. 15. — Ch. R. Schlosser, 20 J. alt. Bubo links. Schanker, welcher vor einigen Wochen entstand, fast geheilt.

Sept. 19. — Punction. Vesicator, darauf ungt. episp.

Sept. 29. — Besserung. Fast keine Schmerzen mehr.

Okt. 2. — Heilung.

Behandlungszeit 14 Tage.

22) 1876. Okt. 12. — X. P. Arbeiter, 23 J. alt. Weiche Schanker am Präputium. Bubo links. Punction, Vesicator, ungt. episp.

Nov. 8. — Bubo geheilt.

Behandlungszeit 4 Wochen.

23) 1877. Dez. 11. — Ch. M. Kellner, 29 J. alt. 1869 weicher Schanker mit Bubo complicirt. Vor 5 Wochen neuer Schanker am Präputium, 5 Tage nach dem Coitus. 15 Tage

darauf, Entstehung eines Bubo links, welcher vereitert und sich spontan eröffnet am 10. Dez., nach innen von der alten Narbe.

Stat. præs. Mehrere kleine Schanker am Präputium. Eine Phimosis verhindert die Untersuchung des Glans. Vesicator, ungt. episp.

Dez. 25. — Schanker geheilt.

1878. Jan. 1. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 20 Tage.

24) 1878. Febr. 3. — J. L. Arbeiter, 34 J. alt. Vor 14 Tagen Schanker, 2 Tage nach dem Coitus. Bubo links 4 Tage nachher.

Stat. præs. Hühnereigrosser Bubo links, fluctuirend. Schanker am Präputium und aussen am Gliede. Punction. Vesicator, darauf ungt. episp.

Febr. 15. — Haut legt sich an. Immer ungt. epispast.

März 4. — Bubo läuft nicht mehr.

März 9. — Geheilt entlassen.

Behandlungszeit 5 Wochen

25) 1878. Febr. 21. — L. V. Arbeiter, 23 J. alt. 2 kleine Schanker am Präputium. Bubo links, fluctuirend, entstanden vor 8 Tagen.

Febr. 23. — Punction. Vesicator, darauf ungt. epispast.

März 31. — Bubo seit 8 Tagen geheilt. Entlassung.

Behandlungszeit 3 Wochen.

Leider kamen in diesem Semester fast gar keine Bubonen im Spital zur Beobachtung, ich bin deshalb ausser Stande, zahlreiche selbst beobachtete Fälle mitzutheilen.

Die Fälle, welche ich beobachtet habe, sind folgende:

1) Juni 26. — R. A. Maurer, 29 J. alt. Letzter Coitus vor 3 Wochen. 3 Tage nachher bemerkte Pat. einen Schanker in der fossa retroglandularis, fast gleichzeitig trat eine schmerzhafte Drüsenschwellung in der l. Inguinalgegend auf.

Stat. præs. Fluctuirende Geschwulst von 12 cm Länge und 8 cm Breite in der l. Leistengegend. Haut stark geröthet. In der fossa retroglandularis ein kreisrundes Geschwür von 6 mm Durchmesser, ziemlich tief, mit stark vorgewölbten Rändern. Ränder und Grund sind speckig belegt. Umgebung des Geschwürs stark geröthet. Aus dem Bubo wird durch eine Punction eine grosse Menge dicken, gelben Eiters entleert. Nachdem die Eiterhöhle möglichst vollständig durch Druck entleert war, wird ein Vesicator aufgelegt.

Juni 27. — Die Epidermis zeigt sich nur an einigen Stellen zu Blasen abgehoben, während sie an den anderen Stellen noch ziemlich fest haftet. Es wird deshalb ein neues Vesicator aufgelegt, nachdem durch Druck eine ziemlich grosse Menge grauen flüssigen Eiters entleert wurde.

Juni 28. — Epidermis fast überall zu Blasen abgehoben. Aus der Punctionsöffnung entleert sich auf Druck nur sehr wenig Eiter. Neues Vesicator. Abends Abnahme des Vesicators, Entfernung der Epidermisreste und Reinigung der Wundfläche. Aus der Punctionsöffnung entleert sich auf Druck kein Eiter mehr. Der Bubo ist in Heilung. Es wird ungt. episp. aufgelegt. Der weiche Schanker, welcher immer mit Jodoform behandelt wird, heilt ebenfalls.

Juni 30. — Weicher Schanker vernarbt. Bubo fast verschwunden. Pat. steht täglich etwas auf. Ungt. episp.

Juli 2. — Pat. wird einfach mit Vaselin verbunden, da er der Anwendung des ungt. epispast. widerspricht.

Juli 6. — Wieder ungt. epispast.

Juli 12. — Pat. ist täglich mit ungt. epispast. verbunden worden. Der Bubo ist ganz eingesunken. Keine Eiterung mehr. Einfacher Verband mit sehr verdünntem Bleiwasser.

Juli 13. — Die Vesicatorfläche beginnt vom Rande her zuzuheilen.

Juli 15. — Die Vesicatorfläche ist fast ganz überhäutet.

Juli 16. — Heute entleert sich wieder beim Verbandwechsel spontan und auf Druck aus der Punctionsöffnung eine geringe Menge seröser Flüssigkeit.

Juli 17. — Da sich auch heute noch etwas Serum entleert, wird wieder ungt. epispast. aufgelegt.

Juli 21. — Bleiwasserverband.

Juli 29. — Pat. geheilt entlassen. Keine Narbe.

Behandlungszeit 4 Wochen.

2) Juni 20. — K. E. Kellner, 20 J. alt. Congenitale Phimose. Vor 2 Jahren Tripper. Seit 14 Tagen Schwellung der Leistendrüsen in der r. Inguinalgegend. Geschwulst ist gänseeigross, an mehreren Stellen fluctuirend, auf Druck etwas schmerzhaft. Haut etwas geröthet. Pat. will keinerlei Geschwür an seinen Genitalien beobachtet haben, auch lässt sich durch die Untersuchung keine Narbe an denselben nachweisen.

Juni 21. — Operation der Phimose durch Circumcision. Die Wundränder werden mit Nadeln vereinigt, und es wird eine umschlungene Naht angelegt. Gleichzeitig werden in den Bubo 3 horizontale parallel laufende Incisionen gemacht an den am meisten fluctuirenden Stellen. Es entleert sich auf Druck viel dicker Eiter. Nach der Operation wird auf den Bubo ein Vesicator gelegt, welches 20 Stunden liegen bleibt.

Juni 22. — Die Hälfte der Nadeln wird Mittags, die andere Hälfte Abends entfernt, die Wundränder haben sich per pr. int. vereinigt, Schwellung ist sehr unbedeutend. Nach Entfernung des Blasenpflasters ist die Haut stark geröthet, die Epidermis hebt sich in Blasen ab und ist z. Th. bei der Abhebung des Pflasters schon abgerissen worden. Die Incisionsstellen sind verklebt, und es gelingt erst nach stärkerem Druck eine seröse Flüssigkeit auszupressen. An Stelle des Blasenpflasters wird ein Pflaster mit ungt. epispast. gelegt.

Juni 23. — Nach Entfernung des Pflasters Befund wie gestern. Der Tumor zeigt eine grosse Härte. Ungt. epispast.

Juni 25. — Wundfläche leicht geröthet, hie und da noch mit einigen Fetzen Epidermis bedeckt, die Schnittwunden sind verklebt. Nachdem man dieselben etwas mit der Sonde dilatirt hat, entleert sich etwas serös-blutige Flüssigkeit, aber kein Eiter. Die Geschwulst hat abgenommen, Schmerzhaftigkeit ist sehr gering.

Juni 27. — Bubo ist kleiner. Die Incisionsöffnungen werden jedesmal, da sie verklebt sind, mit der Sonde dilatirt. Es entleert sich dabei aus ihnen kein Eiter, sondern eine nur sehr geringe Menge gelber seröser Flüssigkeit. Pat., welcher die ersten Tage über geringe Schmerzen klagte kurz nach dem Verbandwechsel, klagt über nichts mehr. Ungt. epispast. Abends wird wieder ein Vesicator aufgelegt.

Juni 28. — Zweites Vesicator. Heute Abend klagt Pat. über Schmerzen in der rechten Seite und über Brennen beim

Uriniren. Etwas Eiweiss im Urin. Pat. wird einfach mit Vaselin verbunden.

Juni 30. — Urinbeschwerden sind ganz verschwunden. Kein Eiweiss mehr. Ungt. epispast. Bubo viel kleiner. Pat. steht täglich etwas auf.

Juli 6. — Immer ungt. epispast. Die Induration nimmt ab, besteht aber immer noch.

Juli 12. — Die Induration ist noch nicht ganz verschwunden. Aus dem Bubo kommt kein Eiter mehr. Kein Ungt. episp. mehr, damit die Vesicatorfläche zuheilt. Einfacher Verband mit sehr verdünntem Bleiwasser.

Juli 19. — Fast überall ist Epidermis neu gebildet. Bubo fast geheilt. Keine Induration mehr.

Juli 21. — Geheilt entlassen. Keine Narbe.

Behandlungszeit 4 Wochen.

Am Schlusse dieser Dissertation erlaube ich mir meinen verehrten Lehrern, Herrn Prof. Dr. Wieger und Herrn Privatdocent Dr. Wolff, für die gütige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.